Spedizione in abbonamento postale
70% - D.C.B. Padova
In caso di mancato recapito inviare
al CMP di Padova
per la restituzione al mittente previo pagamento resi



I Supplemento straordinario al Bollettino Ufficiale n. 50
del 15 dicembre 2004

S.S. N. 20

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA

REGIONE AUTONOMA FRIULI-VENEZIA GIULIA

TRIESTE, 20 dicembre 2004 **€ 2,50**

DIREZIONE E REDAZIONE: SERVIZIO AFFARI DELLA PRESIDENZA - TRIESTE - VIA CARDUCCI, 6 - TEL. 3773607

AMMINISTRAZIONE: SERVIZIO PROVVEDITORATO - TRIESTE - CORSO CAVOUR, 1 - TEL. 3772037

Il «Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia» si pubblica di regola il mercoledì; nel caso di festività la pubblicazione avviene il primo giorno feriale successivo. La suddivisione in parti, l'individuazione degli atti oggetto di pubblicazione, le modalità ed i termini delle richieste di inserzione e delle relative pubblicazioni sono contenuti nelle norme regolamentari emanate con D.P.G.R. 8 febbraio 1982, n. 043/Pres., pubblicato in B.U.R. 17 marzo 1982, n. 26, modificato con D.P.G.R. 7 ottobre 1991, n. 0494/Pres., pubblicato in B.U.R. 10 marzo 1992, n. 33 e con D.P.G.R. 23 dicembre 1991, n. 0627/Pres., pubblicato in B.U.R. n. 50 del 22 aprile 1992. Per quanto in esse non previsto si applicano le norme statali o regionali in materia di pubblicità degli atti.

La versione integrale dei testi contenuti nel Bollettino Ufficiale è consultabile gratuitamente, a partire dal Bollettino Ufficiale della Regione n. 11 del 17 marzo 1999, sul seguente sito Internet della Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia:

http://www.regione.fvg.it

L'archivio relativo ai numeri dall'aprile 1998 al marzo 1999 propone il sommario delle singole parti di cui è composto il Bollettino stesso e relativi supplementi.
La riproduzione del Bollettino sul sito Internet ha carattere meramente informativo ed è, pertanto, priva di valore giuridico.

SOMMARIO

PARTE PRIMA
LEGGI, REGOLAMENTI E ATTI DELLA REGIONE

PARTE PRIMA

LEGGI, REGOLAMENTI E ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 29 novembre 2004, n. 3231.

Recepimento dell'Accordo nazionale per l'erogazione delle prestazioni termali per il biennio 2003-2004 e approvazione delle tariffe per gli anni 2003 e 2004.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTA la D.G.R. n. 3529 del 14 novembre 2003 «Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nell'anno 2004», che ha demandato all'Agenzia regionale della sanità il compito di provvedere alla proposta di fissazione delle tariffe per la valorizzazione delle prestazioni termali;

RICHIAMATA la legge 24 ottobre 2000, n. 323, recante «Riordino del settore termale» ed il decreto 22 marzo 2001 che, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 323/2000, individua le patologie per il cui trattamento è assicurata l'erogazione delle cure termali a carico del Servizio Sanitario Nazionale, prorogando in via provvisoria, l'elenco delle patologie individuate con decreto 15 dicembre 1994 successivamente modificato con decreto 20 marzo 1998;

VISTA l'intesa espressa in sede di Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29 aprile 2004 relativamente all'Accordo sottoscritto tra la Federterme e le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano;

PRESO ATTO che il predetto Accordo individua, per l'anno 2004, fermi restando i livelli di erogazione delle prestazioni, due fasce tariffarie differenziate sulla base della scelta di adesione o meno degli enti erogatori al «Fondo Federterme per la ricerca scientifica» di cui all'intesa del 15 dicembre 1999 tra Coordinamento Interregionale degli Assessori alla sanità e Federterme;

PRESO ATTO che, nel dettaglio, le tariffe relative al ciclo di cura delle flebopatie, sono differenziate nel caso di adesione o meno degli erogatori al «Fondo Federterme per la ricerca scientifica» e qualora l'assistito presenti o meno all'Azienda Termale l'intera serie di esami ematochimici previsti ed effettuati a proprio carico in un periodo temporale non superiore a 90 giorni;

RITENUTO, quindi, di specificare puntualmente le tariffe relative al ciclo di cura delle flebopatie come segue:

Anno 2003

Trattamento di flebopatie livello unico con adesione

– tariffa intera	15,80 euro
– tariffa ridotta per esami prodotti dall'assistito	14,45 euro

Trattamento di flebopatie livello unico senza adesione

– tariffa intera	15,64 euro
– tariffa ridotta per esami prodotti dall'assistito	14,29 euro

Anno 2004

Trattamento di flebopatie livello unico con adesione

– tariffa intera	17,35 euro
– tariffa ridotta per esami prodotti dall'assistito	14,86 euro

Trattamento di flebopatie livello unico senza adesione

– tariffa intera	17,17 euro
– tariffa ridotta per esami prodotti dall'assistito	14,70 euro

CONSIDERATO che l'applicazione della tariffa unica nazionale costituisce la base per la valorizzazione di tutte le tipologie di prestazioni termali erogate fermo restando, nelle more del perfezionamento delle procedure di adeguamento ai nuovi requisiti per l'esercizio dell'attività termale, di cui alla seduta della Conferenza Stato-Regioni del 23 settembre 2004, il livello di erogazione attualmente garantito dalle strutture regionali;

PRESO ATTO che lo Stabilimento Termale «Fonte Pudia» di Arta Terme e lo Stabilimento Termale di Grado non aderiscono al «Fondo Federterme per la ricerca scientifica» di cui all'intesa del 15 dicembre 1999 tra Coordinamento Interregionale degli Assessori alla Sanità e Federterme;

CONSIDERATO, quindi, che le tariffe applicate dallo Stabilimento Termale «Fonte Pudia» di Arta Terme e dallo Stabilimento Termale di Grado sono specificate nei seguenti allegati al presente atto:

– Allegato 1.A - Tariffe determinate per lo Stabilimento termale di Arta Terme; conguagli anno 2003;
– Allegato 1.B - Tariffe determinate per lo Stabilimento termale di Grado; conguagli anno 2003;
– Allegato 1.C - Tariffe determinate per lo Stabilimento termale di Arta Terme anno 2004;
– Allegato 1.D - Tariffe determinate per lo Stabilimento termale di Grado anno 2004;

DATO ATTO che la Società IN.T.ER. S.p.A. Iniziative Turistico-Termali e la Società G.I.T. Grado Impianti Turistici S.p.A. procederanno alla definizione dei rapporti economici relativamente alla fatturazione dei conguagli per le prestazioni rese nel 2003, sulla base delle tariffe di cui ai citati allegati 1.A e 1.B, nei confronti delle Aziende per i servizi sanitari regionali;

RITENUTO di confermare, anche per l'anno 2004, la validità delle regole di gestione dell'attività termale riportate nell'allegato 2 alla presente deliberazione «Linee guida per la gestione dell'attività termale» e delle indicazioni tecniche contenute negli allegati sottoelencati:

– Allegato 3 - Linee guida «Patologie trattabili nell'ambito termale e relativo ciclo di cura consigliato;
– Allegato 4 - Elenco prestazioni e relativa codifica;
– Allegato 5 - Elenco patologie e relativa codifica;
– Allegato 6 - Tracciati record;

tutti facenti parte integrante del presente provvedimento;

RIBADITO che il regime tariffario unico nazionale è altresì applicabile, ai fini della valorizzazione delle prestazioni, al netto della quota di compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito, nei confronti delle Aziende per i Servizi sanitari di residenza dei pazienti regionali e della valorizzazione dell'importo addebitabile attraverso il meccanismo della mobilità interregionale alla Regione di provenienza dell'utente;

RITENUTO, per quanto sin qui esposto, di recepire l'Accordo nazionale tra la Federterme e le Regioni e le Province Autonome, di cui all'Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 29 aprile 2004;

SU PROPOSTA dell'Assessore alla salute e protezione sociale;

all'unanimità,

DELIBERA

1. Di prendere atto della definizione delle tariffe relative alle prestazioni termali a valere dal 1° gennaio 2004, determinate con Accordo sottoscritto tra la Federterme e le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, di cui all'intesa della Conferenza permanente per i rapporti Stato Regioni e Province Autonome del 29 aprile 2004: allegato 2 alla presente deliberazione.

2. Di prendere atto della revisione delle tariffe per l'anno 2003 determinata con medesimo Accordo operante sulle prestazioni già erogate.

3. Di applicare, a far data dal 1° gennaio 2004, le tariffe di cui agli allegati:

- Allegato 1.C - Tariffe determinate per lo Stabilimento Termale di Arta Terme anno 2004;
- Allegato 1.D - Tariffe determinate per lo Stabilimento Termale di Grado anno 2004;

per le prestazioni termali erogate rispettivamente dallo Stabilimento Termale «Fonte Pudia» di Arta Terme e dallo Stabilimento Termale di Grado compatibilmente con i livelli di erogazione attualmente garantiti e sulla base della non adesione al «Fondo Federterme per la ricerca scientifica».

4. Di applicare, per la valorizzazione a conguaglio delle prestazioni 2003 le tariffe di cui agli allegati:

- Allegato 1.A - Tariffe determinate per lo Stabilimento Termale di Arta Terme; conguagli anno 2003;
- Allegato 1.B - Tariffe determinate per lo Stabilimento Termale di Grado; conguagli anno 2003;

così determinate dal medesimo Accordo;

5. Di confermare per l'anno 2004 le regole di gestione dell'attività termale già operanti al fine di garantire un approccio coerente con le esigenze di programmazione economico-sanitaria proprie delle Aziende per i servizi sanitari e degli Stabilimenti erogatori di cui all'Allegato 2 «Linee guida per la gestione dell'attività termale» e richiamati allegati:

- Allegato 3 - Linee guida «Patologie trattabili nell'ambito termale e relativo ciclo di cura consigliato;
- Allegato 4 - Elenco prestazioni e relativa codifica;
- Allegato 5 - Elenco patologie e relativa codifica;
- Allegato 6 - Tracciati record;

facenti parte integrante della presente deliberazione.

IL PRESIDENTE: ILLY

IL SEGRETARIO GENERALE: BELLAROSA

Allegato 1.A

TARIFFE PER LE PRESTAZIONI TERMALI IN VIGORE A PARTIRE DAL 1° GENNAIO 2003

Stabilimento termale di Arta Terme

DESCRIZIONE	CODICE	REGIME	LIVELLO	TARIFFA EURO	MAXPREST	tot	
FANGO + BAGNO O DOCCIA C.D. DI "ANNETTAMENTO"	89.90.1	A/B/C	I	11,09	12	133,08	
FANGO + BAGNO TERAPEUTICO	89.90.2	A/B	I	16,99	12	203,88	
BAGNO PER MALATTIE ARTROREUMATICHE	89.90.3	A/B	IV	5,59	12	67,08	
BAGNO PER MALATTIE DERMATOLOGICHE	89.90.4	A/B	IV	5,59	12	67,08	
SEDUTA INALATORIA (INAL.ONEB./POLV. O AEROSOL/DOCCE NASALI O HUMAGES)	89.91.2	A/B	II	3,14	24	75,36	(2 cicli da 12 sedute)
IRRIGAZIONE VAGINALE	89.92.1	A/B	UNICO	4,91	12	58,92	
DOCCIA RETTALE	89.92.3	B	UNICO	4,42	12	53,04	
SEDUTA DI CURA IDROP. PER MAL. APP. GASTR. ACQUE EFF.CATARTICO	89.93.1	A/B	IV	2,35	12	28,20	
SEDUTA DEL CICLO DI CURA DELLA SORDITA' RINOGENA	89.93.2	A/B	UNICO	13,40	12	160,80	

regime di erogazione:
A = utente avviato alle cure dalla Azienda A.S.S.
B = utente avviato alle cure dall'INAIL
C = utente avviato alle cure dall'INPS

Allegato 1.B

TARIFFE PER LE PRESTAZIONI TERMALI IN VIGORE A PARTIRE DAL 1° GENNAIO 2003

Stabilimento termale di Grado

DESCRIZIONE	CODICE	REGIME	LIVELLO	TARIFFA EURO	MAXPREST	tot	
BAGNO PER MALATTIE ARTROREUMATICHE	89.90.3	A/B/*	IV	5,59	12	67,08	
SEDUTA INALATORIA (INAL.ONEB./POLV. O AEROSOL/DOCCE NASALI O HUMAGES)	89.91.2	A/B/*	IV	2,62	24	62,88	(2 cicli da 12 sedute)
IRRIGAZIONE VAGINALE	89.92.1	A/B/*	UNICO	4,91	12	58,92	
BAGNO OZONIZZATO O CARBONICO O OSSIGENATO	89.90.5	B	IV	5,59	12	67,08	

regime di erogazione:
A = utente avviato alle cure dalla Azienda A.S.S.
B = utente avviato alle cure dall'INAIL
* Cassa Marittima Adriatica

Allegato 1.C

TARIFFE PER LE PRESTAZIONI TERMALI IN VIGORE A PARTIRE DAL 1° GENNAIO 2004

Stabilimento termale di Arta Terme

DESCRIZIONE	CODICE	REGIME	LIVELLO	TARIFFA EURO	MAXPREST	tot	
FANGO + BAGNO O DOCCIA C.D. DI "ANNETTAMENTO"	89.90.1	A/B/C	I	11,22	12	134,64	
FANGO + BAGNO TERAPEUTICO	89.90.2	A/B	I	18,52	12	222,24	
BAGNO PER MALATTIE ARTROREUMATICHE	89.90.3	A/B	IV	5,72	12	68,64	
BAGNO PER MALATTIE DERMATOLOGICHE	89.90.4	A/B	IV	5,72	12	68,64	
SEDUTA INALATORIA (INAL.ONEB./POLV. O AEROSOL/DOCCE NASALI O HUMAGES)	89.91.2	A/B	II	3,19	24	76,56	(2 cicli da 12 sedute)
IRRIGAZIONE VAGINALE	89.92.1	A/B	UNICO	4,99	12	59,88	
DOCCIA RETTALE	89.92.3	B	UNICO	4,50	12	54,00	
SEDUTA DI CURA IDROP. PER MAL. APP. GASTR. ACQUE EFF.CATARTICO	89.93.1	A/B	IV	2,44	12	29,28	
SEDUTA DEL CICLO DI CURA DELLA SORDITA' RINOGENA	89.93.2	A/B	UNICO	14,09	12	169,08	

regime di erogazione:
A = utente avviato alle cure dalla Azienda A.S.S.
B = utente avviato alle cure dall'INAIL
C = utente avviato alle cure dall'INPS

Allegato 1.D

TARIFFE PER LE PRESTAZIONI TERMALI IN VIGORE A PARTIRE DAL 1º GENNAIO 2004

Stabilimento termale di Grado

DESCRIZIONE	CODICE	REGIME	LIVELLO	TARIFFA EURO	MAXPREST	tot	
BAGNO PER MALATTIE ARTROREUMATICHE	89.90.3	A/B/*	IV	5,72	12	68,64	
SEDUTA INALATORIA (INAL.ONEB./POLV. O AEROSOL/DOCCE NASALI O HUMAGES)	89.91.2	A/B/*	IV	2,66	24	63,84	(2 cicli da 12 sedute)
IRRIGAZIONE VAGINALE	89.92.1	A/B/*	UNICO	4,99	12	59,88	
BAGNO OZONIZZATO O CARBONICO O OSSIGENATO	89.90.5	B	IV	5,72	12	68,64	

regime di erogazione:
A = utente avviato alle cure dalla Azienda A.S.S.
B = utente avviato alle cure dall'INAIL
* Cassa Marittima Adriatica

VISTO: IL PRESIDENTE: ILLY

VISTO: IL SEGRETARIO GENERALE: BELLAROSA

Allegato 2

Linee guida per la gestione dell'attività termale

Si confermano le linee guida cui far riferimento per la gestione dell'attività termale nella Regione Friuli-Venezia Giulia, già adottate con D.G.R. n. 2228 del 27 luglio 2000:

1. il cittadino, sulla base del principio di libera scelta e mediante la proposta-richiesta del medico di base, può accedere alle strutture termali di tutto il territorio nazionale; l'accesso ed il relativo riconoscimento delle prestazioni è comunque subordinato alla corrispondenza delle prestazioni erogate alle indicazioni della patologia trattabile contenute nelle Linee guida delle patologie trattabili in ambito termale (allegato 3); nelle Linee guida è contenuto anche un elenco di casi di incertezza che possono presentarsi al momento dell'accettazione del paziente e le relative soluzioni.

2. le A.S.S., che si fanno carico della spesa relativa ai propri assistiti-residenti, possono fissare con gli Enti termali della Regione accordi sulle modalità di erogazione delle prestazioni e tetti di spesa relativi ai propri residenti.

3. le prestazioni rese ad utenti residenti in Friuli-Venezia Giulia, da stabilimenti termali di altre regioni (fuga extraregionale), non sono soggette a tetti di spesa definiti. Per tali prestazioni si deve comunque pretendere il rispetto delle linee guida, che fanno parte dell'accordo nazionale. Analogamente non è prevista la fissazione di tetti di spesa per le prestazioni rese a residenti in altre regioni (attrazione extraregionale).

4. al fine di permettere ai soggetti acquirenti ed erogatori di prestazioni termali di procedere ad una razionale pianificazione delle rispettive attività annuali, le A.S.S. e gli Enti termali, sono invitati a negoziare in tempo utile gli accordi, comprensivi della definizione eventuale dei relativi tetti di spesa raggiungibili, prima dell'inizio della stagione termale.

5. Valutato l'andamento in costante crescita della fuga extraregionale termale, le A.S.S. nel definire accordi con gli stabilimenti erogatori regionali valutano la possibilità di liberalizzare i tetti di spesa per i propri residenti nel tentativo di recuperare parte della fuga verso altre regioni e favorire l'utilizzo delle cure termali nell'ambito della regione di residenza.

6. nell'eventualità in cui le parti giungano ad accordi che fissano tetti di spesa stabiliti, si propone di prevedere modalità di riconoscimento economico, delle prestazioni termali erogate oltre il tetto, nella misura del 50% del tariffato eccedente il 5% del tetto stesso.

7. per le prestazioni erogate ai residenti in Friuli Venezia-Giulia, la fatturazione da parte degli stabilimenti termali avviene direttamente nei confronti dell'A.S.S. di residenza, accompagnata dall'invio dei dati analitici su supporto magnetico.
   Per le prestazioni rese a residenti in altre Regioni, le fatture assieme ai dati analitici relativi ai singoli casi trattati, vengono inviati alla A.S.S. di ubicazione territoriale dell'Ente termale, la quale provvede all'anticipo dei pagamenti per conto delle altre Regioni, fatto salvo l'effettivo riconoscimento del credito da parte del Ministero della Sanità in sede di definizione dei flussi di mobilità interregionale.
   I dati analitici annuali delle prestazioni erogate ad utenti extraregionali devono essere inviati, entro il mese di aprile dell'anno successivo a quello di competenza, anche all'Agenzia Regionale della Sanità per l'espletamento delle procedure relative al riconoscimento della

mobilità interregionale ed al recupero nei confronti delle altre Regioni dei relativi crediti per prestazioni rese. Eventuali contestazioni delle prestazioni addebitate dalla Regione Friuli-Venezia Giulia in mobilità extra-regionale che non trovassero soluzione in sede di intese interregionali, daranno luogo al diritto di recupero dei pagamenti già effettuati da parte delle A.S.S. interessate nei confronti delle strutture termali.

8. le prestazioni termali sono riconosciute a fini economici esclusivamente se registrate ed inviate su supporto magnetico, secondo il tracciato record e le relative specifiche di compilazione e codifica di cui all'allegato 7. Particolare attenzione deve essere posta alle informazioni che riguardano il riconoscimento del paziente, l'A.S.S. di residenza, la posizione del paziente rispetto al ticket e la corretta codifica delle diagnosi (allegato 6) e delle prestazioni erogate (allegato 5). Non verranno riconosciuti i casi non documentati secondo le previste specifiche. La produzione del debito informativo nei confronti dell'Agenzia regionale della sanità deve avvenire annualmente, anche per le prestazioni erogate ai residenti, entro le scadenze previste per la mobilità interregionale.

VISTO: IL PRESIDENTE: ILLY

VISTO: IL SEGRETARIO GENERALE: BELLAROSA

Allegato 3

LINEE GUIDA

PATOLOGIE TRATTABILI IN AMBITO TERMALE E RELATIVO CICLO DI CURA CONSIGLIATO

CATEGORIA DIAGNOSTICA EX D.M. 15/12/94	PATOLOGIE TRATTABILI IN AMBITO TERMALE	CICLO DICURA CONSIGLIATO
Rinopatia vasomotoria	Rinite vasomotoria Rinitè allergica Rinite cronica catarrale semplice Rinite cronica purulenta Rinite cronica atrofica Rinite catarrale Rinite cronica Rinite ipertrofica Rinite iperergica Rinite secretiva Rinite perenne	Cure inalatorie (24 cure in 12 sedute)
Faringolaringite cronica	Faringite cronica Laringite cronica Tonsillite recidivante Rinofaringite con interessamento adenoideo Adenoidite cronica Cordite (nei vari tipi) Faringo/laringite Faringo/tonsillite cronica Ipertrofia adeno/tonsillare	Cure inalatorie (24 cure in 12 sedute)
Sinutė cronica o sindrome rinosinusistica cronica	Sinusite cronica Sinusite allergica Pansinusite Polipo/sinusite Polisinusite Rinoetmoidite Rinosinusite Sinusiti croniche recidivanti Sinusiti iperplastiche	Cure inalatorie (24 cure in 12 sedute)
Sindromi rinosinusitiche-bronchiali croniche	Sindromi rinosinusitiche-bronchiali croniche Sindromi rino/sinuso/bronchiali Sindromi rino/sinuso/bronchiali croniche Sindromi rino-bronchiali croniche Sindromi sinuso/bronchiali croniche	Cure inalatorie (24 cure in 12 sedute)
Stenosi tubarica	Stenosi tubarica Catarro tubarico Disfunzione tubarica Ipoacusia rinogena	Ciclo di cura per la sordità rinogea (12 insufflazioni endotimpaniche e 12 cure inalatorie in 12 sedute)

	Tubarite	
Otite catarrale cronica	Otite catarrale cronica Otite sierosa Otite associata a patologie del naso Otite media secretiva Otite siero/mucosa Otite sierosa Oto/salpingite Oto/tubarite Sordità mista Sordità rinogena Tubotimpanite Ipoacusia Otopatia	
Otite purulenta cronica	Otite purulenta cronica (non colesteatomatosa) Otite purulenta	
Postumi di flebopatie di tipo cronico	Postumi di flebopatie di tipo cronico Insufficienza venosa cronica (varici) Postumi di flebite di tipo cronico Esiti o postumi di intervento chirurgico vascolare periferico Varici arti inferiori Vasculopatia cronica arti inferiori(se venosa) Turbe funzionali vascolari periferiche	Ciclo di cura per le vasculopatie periferiche (12 idromassaggi)
Sclerosi dolorosa del connettivo pelvico di natura cicatriziale e involutiva	Sclerosi dolorosa del connettivo pelvico di natura cicatriziale e involutiva Annessite Esiti di interventi chirurgici dell'apparato genitale (vaginali o addominali) Infiammazioni pelviche Isterectomia Postumi di intervento chirurgico vaginale Salpingite Sterilità secondaria a seguito di malattie infiammatorie pelviche Sterilità secondaria a seguito di interventi chirurgici Aborto abituale Endometriti Fibromiomatosi uterine Metriti Ovariti	Irrigazioni vaginali con bagno (12 irrigazioni vaginali e 12 bagni in 12 sedute)

Leucorrea persistente da vaginiti croniche aspecifiche e distrofiche	Leucorrea persistente da vaginiti croniche aspecifiche e distrofiche Cervicovaginite distrofica Vaginite, cervicovaginite aspecifica	Irrigazioni vaginali (12 irrigazioni vaginali)
Bronchite cronica semplice o accompagnata a componente ostruttiva (con esclusione dell'asma e dell'enfisema avanzato complicato da insufficienza respiratoria grave o da cuore polmonare cronico)	Bronchite cronica semplice B.P.C.O. Bronchiectasie Broncopatie croniche da esposizione professionale ad agenti irritanti e polveri (parere del Consiglio Superiore di Sanità del 13/04/1994) Bronchiti croniche ipersecretive Bronchiti croniche recidivanti Bronchite cronica enfisematosa Bronchite asmatiforme o spastica Bronchite cronica asmatiforme Bronchite cronica catarrale Broncopatia asmatiforme o spastica Broncopatia cronica Broncopatia ostruttiva Broncopneumopatia cronica Broncopneumopatia cronica asmatiforme o spastica Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) Bronchite cronica a componente ostruttiva Tracheobronchite cronica Broncopneumopatie croniche aspecifiche senza segni di insufficienza respiratoria grave e non in fase di riacutizzazione	Ciclo integrato della ventilazione polmonare (12 ventilazioni polmonari e 18 cure inalatorie in 12 sedute)
Calcolosi delle vie urinarie e sue recidive	Calcolosi delle vie urinarie e sue recidive	Cure idropiniche (12 cure idropiniche)
Dispepsia di origine gastroenterica e biliare; sindrome dell'intestino irritabile nella varietà con stipsi	Dispepsia di origine gastroenterica e biliare; sindrome dell'intestino irritabile nella varietà con stipsi Discinesie delle vie biliari con dispepsia Colecistite cronica alitiasica con dispepsia Gastrite cronica atrofica con dispepsia Gastroduodenite cronica con dispepsia	Cure idropiniche(12 cure idropiniche) o idrofangobalneoterapia (12 cure idropiniche, 6 fanghi epatici e 6 bagni in 12 sedute)

Dispepsia di origine gastroenterica e biliare; sindrome dell'intestino irritabile nella varietà con stipsi	Sindrome dell'intestino irritabile nella varietà con stipsi Stipsi Colite spastica Colon irritabile	Docce rettali (12 cure)
Osteoartrosi ed altre forme degenerative	Osteoartrosi Artrosi diffuse Cervicoartrosi Lomboartrosi Artrosi agli arti Discopatia senza erniazione e senza sintomatologia da irritazione o da compressione nervosa Esiti di interventi per ernia discale Cervicalgie di origine reumatica Periatriti scapolo-omerale (escluse le forme acute) Artrite reumatoide in fase di quiescenza Artrosi, poliartrosi, osteoartrosi (con osteoporosi o diffusa o localizzata) Esiti di reumatismo articolare Osteoporosi ed altre forme degenerative Periartrite Spondilite anchilopoietica Spondiloartrosi Spondiloartrosi e spondilolistesi	Fangoterapia con o senza bagni (12 fanghi con o senza 12 bagni in 12 sedute)
Reumatismi extra-articolari	Reumatismi extra-articolari Reumatismi infiammatori (in fase di quiescenza) Fibrosi di origine reumatica Tendiniti di origine reumatica Lombalgie di origine reumatica Fibrositi Fibromiositi	Balneofangoterapia (12 fanghi e 12 bagni in 12 sedute)
Psoriasi	Psoriasi in fase di quiescenza (escluse le forme pustolosa ed eritrodermica)	Balneoterapia (12 bagni)
Eczema e dermatite atopica	Eczema costituzionale Eczema da contatto Dermatiti su base allergica (escluse le forme acute vescicolari ed essudative)	Balneoterapia (12 bagni)
Dermatite seborroica ricorrente	Acne Dermatite seborroica	Balneoterapia (12 bagni)

Elenco delle situazioni di difficoltà che possono riscontrarsi al momento dell'accettazione del paziente e relativa soluzione

1) La proposta-richiesta riporta una diagnosi non riconducibile ad una patologia trattabile in ambito termale (vedi tabella delle correlazioni): l'assistito non può essere ammesso alle cure;

2) la proposta-richiesta non riporta alcuna diagnosi pur riportando la corretta indicazione del ciclo di cura prescritto: per la liquidazione delle prestazioni eseguite è necessario il parere positivo del medico referente di ASL;

3) la proposta-richiesta riporta una diagnosi corretta ma il ciclo di cura prescritto non è ad essa correlabile o l'indicazione delle cura risulta essere generica (es. cure termali per sinusite cronica): è consentita l'erogazione delle cure indicate per la pagologia diagnosticata secondo la tabella delle correlazioni. In caso di dubbio della Azienda Termale la cura da erogare dovrà essere concordata con il medico referente di ASL;

4) la proposta-richiesta riporta una diagnosi compatibile con l'esecuzione di terapie termali specifiche (es. insufflazioni o ventilazioni polmonari) le quali, però, non vengono correttamente indicate nella prescrizione (es. "ciclo di cure inalatorie per otite catarrale", "terapie termali per osteoartrosi", ecc.): le cure erogabili sono quelle previste dalla tabella delle correlazioni;

5) la proposta-richiesta riporta l'indicazione errata o incompleta del numero di terapie rispetto ai cicli termali previsti dal D.M. 15 aprile 1994 (es: potrebbero verificarsi 10 + 10 terapie, o 12 terapie singole): l'Azienda termale è abilitata ad erogare il numero di terapie previste dal D.M. 15 aprile 1994 salvo precisa diversa motivazione clinica del medico prescrittore;

6) la singola proposta-richiesta riporta la prescrizione di due differenti cicli di cura correttamente correlati ciascuno ad una specifica diagnosi (es. fanghi per artrosi + inalatorie per rinite): l'assistito dovrà decidere il ciclo di cure che desidera effettuare controfirmando la cancellazione del ciclo rifiutato;

7) la proposta-richiesta riporta la prescrizione di una terapia non erogabile con oneri a carico del SSN (es. docce micronizzate) pur se in presenza di una diagnosi corretta: deve essere erogata la cura prevista dalla tabella delle correlazioni;

8) la proposta-richiesta riporta la specifica di un tipo di acqua o di uno stabilimento termale non corrispondenti con quello presso il quale si reca l'assistito. qualora l'Azienda termale prescelta dall'assistito non possegga il tipo di acqua indicata dal medico, le cure richieste non possono essere erogate a carico del SSN. E' invece ininfluente la non corrispondenza tra lo stabilimento termale che eroga la cura e quello indicato dal medico;

9) la proposta-richiesta riporta una concentrazione in 8 giorni del ciclo di 24 cure inalatorie: la prestazione deve comunque essere erogata in 12 giorni;

10) la proposta-richiesta è redatta con termini scientifici in latino: se la diagnosi riportata risulta essere riconducibile ad una di quelle di cui alla tabella delle correlazioni le cure possono essere erogate;

11) la validità della ricetta di prescrizione di cure termali è l'anno solare (365 giorni) ferma restando l'erogabilità di un solo ciclo di cure termali nell'anno legale (1° gennaio-31 dicembre);

12) per l'effettuazione di cure termali che richiedano specifici esami clinico diagnostici, le Aziende termali possono tenere validi gli esami effettuati dagli assistiti, per indicazioni diverse da quelle connesse alle terapie termali, purchè non antecedenti i 90 giorni dalla data di accettazione presso lo stabilimento termale.
L'Azienda termale è tenuta ad acquisire il consenso dell'interessato e la contestuale dichiarazione che gli esami in questione sono stati effettuati per indicazioni diverse da quelle relative alla terapia termale.

VISTO: IL PRESIDENTE: ILLY

VISTO: IL SEGRETARIO GENERALE: BELLAROSA

Allegato 4

CURE TERMALI

Elenco prestazioni e relativa codifica

Prestazioni termali		Codifica
Fango + bagno o doccia effettuata con acque minerali per malattie artroreumatiche (bagno o doccia c.d. di "annettamento")	I	89.90.1
Fango + bagno terapeutico	I	89.90.2
Bagno per malattie artroreumatiche	I	89.90.3
Bagno per malattie dermatologiche	I	89.90.4
Bagno ozonizzato o carbonico o ossigenato (solo INAIL)	I	89.90.5
Stufa o grotta	I	89.91.1
Seduta inalatoria (inalazione o nebulizzazione/polverizzazione o aerosol/doccia nasale o humages, con acqua termale)	I	89.91.2
Irrigazione vaginale	I	89.92.1
Irrigazione vaginale + bagno	I	89.92.2
Doccia rettale	I	89.92.3
Seduta di cura idropinica per calcolosi delle vie urinarie e sue recidive	I	89.92.4
Seduta di cura idropinica per malattie dell'apparato gastroenterico	I	89.92.5
Seduta di cura idropinica per malattie dell'apparato gastroenterico in stabilimenti che usano acque ad effetto catartico	I	89.93.1
Seduta del ciclo di cura della sordità rinogena: Il ciclo comprende: visita specialistica; esame audiometrico; 12 insufflazioni endotimpaniche; 12 cure inalatorie	I	89.93.2
Seduta del ciclo di cura integrato della ventilazione polmonare controllata. Il ciclo comprende: visita specialistica: 12 ventilazioni polmonari medicate e non; 12 aerosol; 6 inalazioni o nebulizzazioni (da effettuarsi a giorni alterni)	I	89.93.3
Seduta del ciclo di ventilazioni polmonari controllate. Il ciclo comprende: visita specialistica; 15 ventilazioni polmonari medicate o non (solo INAIL)	I	89.93.4
Seduta del ciclo di idrofangobalneoterapia (c.d. "fanghi epatici"). Il ciclo comprende: visita specialistica; 6 fanghi epatici; 6 bagni carbogassosi; 12 cure idropiniche	I	89.93.5
Seduta del ciclo di cura dei postumi di flebopatie di tipo cronico. Il ciclo comprende: visita specialistica; elettrocardiogramma; esami ematochimici - azotemia, glicemia, uricemia, colesterolo totale e HDL, tigliceridi; esami strumentali - oscillometria, doppler (prima e dopo la cura); 12 bagni "terapeutici" con idromassaggio	I	89.94.1
Seduta giornaliera del ciclo di cure per la riabilitazione motoria,. Il ciclo comprende: visite mediche (prescrizioni terapeutiche, assistenza sanitaria, compilazione ed aggiornamento della speciale cartella clinica); indagini specialistiche e di laboratorio - esami ragiologici, esami elettrodiagnostici ed elettromiografici, altre indagini specialistiche se necessarie); trattamenti medicamentosi, fisioterapici, riabilitativi funzionali e complementari; crenochinesiterapia (bagni termali ozonizzanti o meno, con o senza massaggio subacqueo; fanghi termali; trattamenti termali per angiopatie); fisioterapia (ginnastica attiva e passiva, elettroterapia esogena ed endogena,		

ultrasuonoterapia, ecc.); massoterapia; altre terapie strumentali e medicamentose, quali richieste dai singoli casi) (solo **INAIL**)	I	89.94.2
Seduta giornaliera del ciclo di cure per la riabilitazione della funzione respiratoria. Il ciclo comprende: visite mediche(prescrizioni terapeutiche, assistenza sanitaria, compilazione della speciale cartella clinica); indagini specialistiche e di laboratorio (spirometria; ergometria; ECG; radiografia del torace nelle due proiezioni ortogonali; esame dell'espettorato previo arricchimento; esami ematochimici, se ritenuti necessari); trattamenti medicamentosi, fisioterapici, riabilitativi funzionali e complementari; fisiochinesiterapia, ginnastica respiratoria, ergometria; ventilazione polmonare controllata, medicata o non; ossigenoterapia; cure inalatorie (utilizzando, in caso di indicazione, anche il nebulizzatore ultrasonico). (solo **INAIL**)	I	89.94.3
Massoterapia generale per seduta di 15 minuti (solo INPS e INAIL)	I	89.94.4
PRESTAZIONI COMPLEMENTARI E/O ACCESSORIE		
Le prestazioni **termali** complementari ed accessorie (prescritte dai sanitari dello stabilimento termale all'atto della visita di ammissione alle cure, nei casi previsti dallo specifico livello di assistenza per gli assistiti INPS ed INAIL e fermo restando il numero massimo di prestazioni erogabili), saranno **codificate usando i suindicati codici** riferiti alle singole prestazioni		
Le prestazioni **non termali** complementari ed accessorie (prescritte dai sanitari dello stabilimento termale all'atto della visita di ammissione alle cure, nei casi previsti dallo specifico livello di assistenza per gli assistiti INPS ed INAIL e fermo restando il numero massimo di prestazioni erogabili), saranno **codificate usando i codici previsti per le singole prestazioni** dal **Nomenclatore Tariffario Nazionale**		

VISTO: IL PRESIDENTE: ILLY

VISTO: IL SEGRETARIO GENERALE: BELLAROSA

Allegato 5

CURE TERMALI
Elenco patologie e relativa codifica

Patologie	Codice ICD 9
Malattie reumatiche	
Osteoartrosi ed altre forme degenerative	7150
Reumatismi extraarticolari	7290
Malattie delle vie respiratorie	
Sindromi rinosinusitiche-bronchiali croniche	4739
Bronchiti croniche semplici	4910
Bronchiti croniche accompagnate a componente ostruttiva (con esclusione dell'asma e dell'enfisema avanzato, complicato da insufficienza respiratoria grave o da cuore polmonare cronico)	4912
Malattie dermatologiche	
Psoriasi (esclusa la forma pustolosa, eritrodermica)	6961
Eczema e dermatite atopica (escluse le forme acute vescicolari ed essudative)	6918
Dermatite seborroica ricorrente	6900
Malattie ginecologiche	
Sclerosi dolorosa del connettivo pelvico di natura cicatriziale e involutiva	6248
Leucorrea persistente da vaginiti aspecifiche o distrofiche	6235
Malattie O.R.L.	
Rinopatia vasomotoria	4779
Faringolaringiti croniche	4789
Sinusiti croniche	4739
Stenosi tubariche	6282
Otiti catarrali croniche	3814
Otiti croniche purulente non colesteastomose	3824
Malattie dell'apparato urinario	
Calcolosi delle vie urinarie e sue recidive	5929
Malattie vascolari	
Postumi di flebopatie di tipo cronico	4511
Malattie dell'apparato gastroenterico	
Dispepsia di origine gastroenterica e biliare	5368
Sindrome dell'intestino irritabile nella varietà con stipsi	5641

VISTO: IL PRESIDENTE: ILLY

VISTO: IL SEGRETARIO GENERALE: BELLAROSA

Allegato 6

TRACCIATO RECORD PER LA COMPENSAZIONE DELLA MOBILITA' INTERREGIONALE

PRESCRIZIONI COMUNI A TUTTI I TRACCIATI RECORD

Nei tracciati record è presente la colonna con il codice di obbligatorietà del campo che è così definito:

IDENTIFICATIVO UTENTE - codice OIU
E' obbligatorio almeno un identificativo dell'utente: gli identificativi validi, in ordine di preferenza sono:
1) Codice fiscale;
2) Cognome, nome e data di nascita (per i casi coperti da riservatezza ai sensi di legge deve essere indicata la dicitura ANONIMO sia nel cognome che nel nome);
3) Codice sanitario regionale.
Questi campi sono generalmente accompagnati dalla indicazione 'V' a significare come vincolanti gli esiti dei controlli relativi.

OBBLIGATORIO - codice OBB
Sono i campi che devono necessariamente essere compilati; quelli con indicato anche 'V' sono quelli che rientrano nei controlli a seguito dei quali si può procedere alla contestazione secondo la lista degli errori contestabili.

OBBLIGATORIO SE PRESENTE - codice OSP
Sono generalmente campi la cui compilazione è obbligatoria se l'evento è avvenuto e il dato è stato rilevato, ma che possono presentarsi vuoti (valorizzati a "spazio" o tutti zeri se numerici) in assenza dell'evento o di rilevazione del dato.
Ad esempio nel tracciato delle prestazioni ospedaliere, i campi relativi all'individuazione degli interventi chirurgici saranno ovviamente vuoti nel caso di ricoveri di tipo non chirurgico. Nel caso in cui un campo così definito abbia indicato anche 'V', se valorizzato rientra nei controlli a seguito dei quali si può procedere alla contestazione secondo la lista degli errori contestabili.

FACOLTATIVO - codice FAC
Sono i campi che possono anche non essere riempiti nel tracciato di scambio interregionale per la compensazione della mobilità, ma i cui dati sono spesso rilevabili dai sistemi informativi locali (ad esempio già presenti nel tracciato di Dimissione Ospedaliera) e presentano specifico interesse informativo delle Regioni. La loro compilazione, pertanto, viene considerata un debito informativo interregionale, da rispettare, ma al momento non essenziale per la certificazione dell'avvenuta prestazione.

I campi con tracciato alfanumerico (AN), vanno sempre allineati a sinistra e completati a destra per le rimanenti posizioni con il carattere "spazio".
I campi con tracciato numerico (N), vanno sempre allineati a destra e completati a sinistra per le rimanenti posizioni con il carattere "zero".
I campi data sono sempre del tipo GGMMAAAA; se mancanti devono essere valorizzati con spazio.

I file contenenti i record di attività dovranno essere denominati: RRR0AAMX.rrr.
Dove:

RRR Regione ricevente
0 Invio annuale dati attività
AA Anno di competenza
M Attività (A,B,C,D,E,F,G)
X 1 = archivio dati anagrafici, 2 = archivio dati prestazioni sanitarie
rrr Regione inviante

I campi 'importo totale' e 'importo ticket' devono essere compilati come segue:

- la parte intera e quella decimale separate da una virgola
- la cifra allineata a destra e completata a sinistra per le rimanenti posizioni con il carattere 0 (zero)
- la parte decimale avrà sempre lunghezza 2, anche nei casi in cui gli importi abbiano valore intero.

Esempio di conversione:

valore in Euro	Importo compilato
230,65	000230,65
23,6	000023,60
23	000023,00

Importo totale

Flusso	Lunghezza del campo 'importo totale'	Lunghezza parte intera campo 'importo totale'	Lunghezza carattere virgola ","	Lunghezza parte decimale campo 'importo totale'	Esempio
A	9	6	1	2	000123,61
B,C,D,E,F,G	8	5	1	2	00123,61

Importo ticket

Flusso	Lunghezza 'importo ticket'	Lunghezza parte intera 'importo ticket'	Lunghezza carattere virgola ","	Lunghezza parte decimale 'importo ticket'	Esempio
A,B	Non presente				
C,D,E,F,G	7	4	1	2	0123,61

Per i flussi C, D, E, F , in cui sono presenti le righe zn e la riga 99, l'importo della riga 99 è la somma degli importi delle righe zn sottratto l'importo del ticket.
Per il flusso G l'importo deve essere calcolato al netto del ticket pagato.
Anche nel caso in cui l'importo ticket e/o l'importo totale non abbiano valore o siano valorizzati a zero i campi devono comunque essere compilati secondo le regole descritte (es. 0000,00).

La tabella di seguito riporta i valori da assegnare al campo Codifica Nomenclatore in base alla Regione e Provincia autonoma per i File 'C', 'E', 'F','G'.

REGIONE	VALORE Codifica Nomenclatore
010 Piemonte	a
020 Valle d'Aosta	b
030 Lombardia	c
041 P.A. Bolzano	e
042 P.A. Trento	f
050 Veneto	g
060 Friuli-Venezia Giulia	h
070 Liguria	j
080 Emilia-Romagna	k
090 Toscana	m
100 Umbria	n
110 Marche	o
120 Lazio	p
121 Ospedale Bambin Gesù	d
130 Abruzzo	q
140 Molise	r
150 Campania	t
160 Puglia	u
170 Basilicata	v
180 Calabria	w
190 Sicilia	x
200 Sardegna	y

ATTIVITA' CURE TERMALI (FLUSSO E)

Si considerano prestazioni appartenenti al periodo quelle che sono avvenute in una data compresa nell'anno, per le prestazioni a ciclo, quelle che si sono concluse nell'anno, indipendentemente dalla data di inizio alla quale si deve far riferimento esclusivamente per la determinazione dell'importo della partecipazione del cittadino alla spesa (ticket)

I record devono essere strutturati secondo i tracciati indicati ed i campi devono essere valorizzati secondo le specifiche.
Con l'introduzione delle specifiche tecniche per adeguare la trasmissione dei dati alla legge 675/96 e successivi provvedimenti attuativi, i file vengono separati in due archivi:
File E1: archivio contenente le informazioni anagrafiche dell'utente.
File E2: archivio contenente le informazioni sanitarie dell'utente. La segnalazione degli errori deve essere effettuata in tale archivio anche in caso di errori riscontrati nell'archivio dei dati anagrafici.
Il collegamento delle informazioni contenute nei suddetti archivi è garantito dalla presenza di una chiave univoca costituita da:
codice regione addebitante + codice ASL/Azienda + ID + progressivo riga.
L'archivio contenente le informazioni anagrafiche e quello contenente le informazioni sanitarie devono avere lo stesso numero di record.

Il coordinamento del gruppo tecnico invierà annualmente una tabella per i controlli tariffari sulle prestazioni termali con il seguente tracciato:

1	Tipo Flusso	AN	1	Riportare la lettera "E" che identifica il flusso delle Cure Termali
2-8	Codice prestazione	AN	7	Riportare il codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Nazionale
9-158	Descrizione prestazione	AN	150	Riportare la descrizione della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Nazionale
159-161	Quantità	N	3	001 di default; se trattasi di cicli di prestazioni indicare il numero di prestazioni previste in un ciclo
162-168	Tariffa	N	7	Tariffa della singola prestazione (nel caso di prestazione a ciclo riportare la tariffa della singola prestazione e non quella del ciclo); nel caso di variazione tariffaria per categorie di stabilimenti riportare la tariffa massima nell'anno di riferimento

ERRORI CONTESTABILI

Errori anagrafici (ERR01).

Per l'individuazione dell'utente è sufficiente, in ordine di preferenza, uno dei seguenti identificativi: codice fiscale; cognome, nome e data di nascita; codice sanitario regionale.

1= Identificativo utente assente o errato

Per identificativo utente assente si intende la contemporanea mancanza del codice sanitario, del codice fiscale, del cognome e nome e data di nascita. Per identificativo errato si intende il codice sanitario non riferito ad un codice rilasciato della regione che riceve l'addebito, il codice fiscale formalmente non corretto, il cognome e nome che non ne abbiano le caratteristiche, la data di nascita formalmente scorretta. Il cognome deve essere separato dal nome secondo quanto prescrivono i tracciati record. Questo tipo di errore indica che tutti e tre gli identificativi sono formalmente scorretti. L'unica eccezione è rappresentata dai casi coperti da riservatezza ai sensi di legge; per tali casi, nei campi del cognome e del nome deve essere indicata la dicitura ANONIMO in maiuscolo, i restanti campi identificativi possono non essere valorizzati.

2= Cittadino non riconoscibile come proprio residente.

La residenza degli assistiti può essere accertata attraverso le verifiche nelle anagrafi sanitarie regionali o di ASL oppure attraverso l'anagrafe tributaria. La non individuazione degli assistiti nelle anagrafi sanitarie non ne esclude in modo assoluto la presenza tra i residenti, le regioni si impegnano a contestare, per questo motivo, solo i casi accertati in modo valido. La ricerca nelle anagrafi deve essere effettuata con ognuno degli identificativi formalmente corretti presenti nel record e verificarne la contemporanea assenza dall'anagrafe. Se in un record

sono valorizzati, e formalmente corretti, il codice fiscale e il codice sanitario e la ricerca sul codice sanitario dà esito negativo, ma non può essere effettuata la ricerca sul codice fiscale perché tale informazione non è disponibile nell'anagrafe, il record può essere contestato solo dopo aver effettuato una ulteriore ricerca nell'anagrafe fiscale.
E' sufficiente che un solo identificativo dia esito positivo nella ricerca per considerare l'assistito come proprio residente.

Un ulteriore problema legato alle anagrafi è dato dai cambiamenti di residenza in corso d'anno. Per non alimentare il contenzioso legato alla residenza al momento della prestazione, e ritenendo con ciò di non alterare l'equilibrio generale del sistema, la residenza non deve essere riferita alla data di erogazione della prestazione, ma all'anno di competenza della prestazione.

Errori sulla residenza (ERR02)

1= Codice comune di residenza mancante o errato
Il codice comune non è un codice ISTAT a 6 cifre di un comune italiano.
2= Comune di residenza non appartenente a Regione che riceve l'addebito
Il codice comune di residenza è riferito a un Comune che non appartiene alla Regione che riceve l'addebito.

Errori sulla prestazione (ERR03)

1= Codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio
2= Codice prestazione assente o non previsto nel dominio
Per la compilazione del campo 'codice prestazione' deve essere utilizzata la codifica del Nomenclatore nazionale ed è obbligatorio l'utilizzo della punteggiatura; è obbligatoria la compilazione del codice nomenclatore.

Errori nelle righe/record (ERR05)

3= Mancanza righe di dettaglio zn (da segnalare sulla riga '99')
4= Mancanza riga Totale (riga 99) - da segnalare su tutte le righe 'zn'.

Errori sulla determinazione dell'importo (ERR06)

Per quanto riguarda il campo Importo si devono tenere presente le seguenti considerazioni:

- Se il campo Importo totale della riga 99 risulti essere negativo dovrà essere inviato uguale a zero e comunque come tale dovrà essere considerato dalla Regione ricevente anche nel conteggio degli importi inviati nei vari modelli H, C e D.
- Se il campo Importo totale risulta essere uguale a zero non si effettuano contestazioni per l'intero gruppo ricetta.

1= Importo totale di tutte le righe non valorizzato come numerico
2= Importo ticket della riga 99 non è valorizzato come numerico, da segnalare solo su riga 99
3= Importo ticket della riga 99 non è valorizzato come numerico e Importo totale della riga 99 non è valorizzato come numerico, da segnalare solo su riga 99.
4= Valore di 'Importo totale' della riga '99' superiore alla somma del campo Importo delle righe diverse da '99' meno l'importo Ticket della riga '99'
5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa della prestazione (solo sulle righe zn)

Errori sulla quantità (ERR07)

1= Quantità non valorizzata o non numerica.
Il controllo andrà fatto solo sulle righe *zn*.

Errori sulla data della prestazione (ERR08).

La data della prestazione è da intendersi come la data di effettuazione della prestazione o per cicli la data di chiusura ciclo.
1= Data prestazione o di fine ciclo assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga *zn* (nel caso di data non appartenente all'anno di competenza sarà da segnalare l'errore solo se tutte le righe non appartengono all'anno di competenza)

Tracciato record File "E"
CURE TERMALI

FILE E1 - dati anagrafici

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito	OBB
4-6	Az. USL/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-12	Presidio erogatore	AN	6	Codice STS.11	FAC
13-28	Medico prescrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
29-58	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	OIU V
59-78	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	OIU V
79-94	Codice sanitario individuale	AN	16	Codice sanitario regionale dell'utente	OIU V
95-110	Codice fiscale dell'utente	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OIU V
111	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	FAC
112-119	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	OIU V
120-125	Provincia e Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT del Comune di residenza dell'utente	OBB V
126-128	USL di residenza	AN	3	Codice USL di residenza	FAC
129-130	Progressivo riga per ricetta	N	2	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice e l'individuo. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta. Nel file delle prestazioni sanitarie deve essere presente il corrispondente numero progressivo riga.	OBB V
131-150	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	OBB V

FILE E2 - dati prestazioni sanitarie

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito	OBB
4-6	Az. USL/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-12	Presidio erogatore	AN	6	Codice STS.11	FAC
13-17	Diagnosi	AN	5	Codifica ICD-9	FAC
18-33	Numero ricetta	AN	16	Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta)	FAC
34-35	Progressivo riga per ricetta	N	2	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere INTEGRALMENTE compilati conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale NETTO da porre in compensazione e tutte le informazioni escluse "Quantità", "Data", "Codifica Nomenclatore" e "Codice Prestazione". Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 comporta che i campi "data", "codice prestazione" e "quantità" siano valorizzati; mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" non sono valorizzati. La riga 99 comporta invece una valorizzazione inversa.	OBB V
36-43	Data termine cura	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB V
44	Codifica nomenclatore	AN	1	Codificare con "N" (maiuscola) se si utilizzano le codifiche nazionali; codificare con la lettera alfabetica minuscola (per evitare sovrapposizioni) che identifica la Regione nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario nazionale se si utilizzano codifiche regionali.	OBB V
45-51	Codice prestazione	AN	7	Riportare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario nazionale; per le prestazioni esclusivamente termali usare le codifiche regionali previste in apposito documento	OBB V
52-54	Quantità	N	3	Numero effettivo di prestazioni effettuate nel ciclo	OBB V
55-56	Posizione del paziente nei confronti del ticket	AN	2	Usare la seguente codifica: 1=esente totale; 2=non esente; 3=pagamento quota ricetta	OBB
57-63	Importo ticket	N	7	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare l'importo complessivo del ticket)	OBB V
64-71	Importo totale	N	8	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	OBB V

72	Posizione contabile	AN	1	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') solo per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile ='C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva eventualmente segnalato la contestazione.	OBB
73	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti	
74	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente a regione che riceve l'addebito	
75	ERR03 Errori sulla prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) 2 = codice prestazione assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe *zn*)	
76	ERR04 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
77	ERR05 Errori del record	AN	1	0 = nessun errore 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga *zn* senza riga 99	
78	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	Da segnalare solo se importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico i successi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe *zn* meno il ticket della riga '99' 5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa della prestazione (solo sulle righe zn)	
79	ERR07 Errori su Quantità	AN	1	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe *zn*)	
80	ERR08 Errori sulla data della prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = data termine cura assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga *zn*	
81	ERR09 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
82	ERR10 Riservato ad usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
83-102	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	OBB V
103-105	Regione iniziale di addebito	AN	3	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile ='3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	OBB se Pos. Contab.= '3'

VISTO: IL PRESIDENTE: ILLY

VISTO: IL SEGRETARIO GENERALE: BELLAROSA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 29 novembre 2004, n. 3236.

Legge regionale 23/2004, articolo 7, comma 2: linee guida pe la predisposizione del programma delle attività territoriali (PAT) e del Piano di zona (PDZ).

LA GIUNTA REGIONALE

VISTA la legge regionale 17 agosto 2004, n. 23, recante «Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione, nonché altre disposizioni urgenti in materia sanitaria e sociale»;

VISTI l'articolo 11 e l'articolo 12 della citata legge che rispettivamente individuano:

- il Programma delle attività territoriali (PAT) quale strumento che, nel rispetto dei principi e degli obiettivi della pianificazione regionale e in coerenza con le strategie aziendali, definisce le politiche sanitarie e sociosanitarie del distretto
- il Piano di zona (PDZ) quale strumento che, in coerenza con la programmazione regionale, definisce il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali dei Comuni associati negli ambiti territoriali di cui all'articolo 41 bis della legge regionale 19 dicembre 1996, n. 49 e successive modificazioni;

VISTO, in particolare, l'articolo 7, comma 2, della medesima legge, che dispone l'emanazione di apposite linee guida per la predisposizione dei PAT e dei PDZ, le quali devono specificamente individuare anche le modalità di elaborazione congiunta dei citati strumenti programmatori per quanto attiene la materia sociosanitaria;

VISTI i documenti allegati A e B alla presente deliberazione recanti rispettivamente «Linee guida per la predisposizione del Programma delle attività territoriali (PAT)» e le «Linee guida per la predisposizione del Piano di zona (PDZ)»;

CONSTATATO che i menzionati documenti contengono tra l'altro le succitate modalità di elaborazione congiunta;

ATTESO che la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria sociale e sociosanitaria regionale, nella seduta del 22 novembre 2004, ha espresso parere favorevole sui documenti stessi;

RITENUTO per quanto sopra di ottemperare al disposto di cui al citato articolo 7, comma 2, della legge regionale 23/2004, approvando i su menzionati allegati A e B, facenti parte sostanziale ed integrante della presente deliberazione;

VISTO lo Statuto di autonomia;

SU PROPOSTA dell'Assessore alla salute e protezione sociale;

all'unanimità,

DELIBERA

1. di approvare, ai sensi di quanto disposto dalla legge regionale 17 agosto 2004, n. 23, articolo 7, comma 2, i seguenti documenti, quali parti integranti e sostanziali della presente deliberazione:

- allegato A) recante «Linee guida per la predisposizione del Programma delle attività territoriali (PAT)»;
- allegato B) recante «Linee guida per la predisposizione del Piano di zona (PDZ)» costituito altresì dai suoi allegati nn. 1, 2, 3, 4;

2. La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione.

IL PRESIDENTE: ILLY

IL SEGRETARIO GENERALE: BELLAROSA

Allegato A

Linee guida per la predisposizione del Programma delle Attività Territoriali (PAT)

INDICE

1 PREMESSA

La legge regionale n. 23 del 17 agosto 2004 oltre a ridefinire le modalità della programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria, ampliando la partecipazione degli enti locali nel processo di costruzione delle politiche di salute, ha riconosciuto, richiamando il decreto legislativo 229/99, la legge quadro 328/2000 e il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001, un ruolo di maggior peso e significato agli ambiti distrettuali, eletti a luoghi ove si valorizzano con maggior forza i principi e gli strumenti dell'integrazione e della continuità assistenziale. La legge, infatti, ha assegnato al distretto autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria con contabilità separata per sostenerne concretamente lo sviluppo, sia come centro deputato all'erogazione di prestazioni e servizi, sia come struttura cui viene demandato, spesso in sinergia con il Servizio Sociale dei Comuni, il compito di tutela di salute del cittadino e della comunità. Ad esso spetta inoltre un ruolo di collegamento con gli Enti Locali, nonché la funzione di raccordo tra persone e rete dei servizi, tra attività delle strutture dipartimentali e distrettuali aziendali.

Le risorse così attribuite sono destinate a supportare tutte le azioni che ciascun distretto inserisce e illustra nel proprio Programma delle attività territoriali (PAT). Quest'ultimo documento rappresenta parte sostanziale del più ampio Piano Attuativo Locale (PAL) dell'Azienda in cui si incardina il distretto stesso. Il PAT diviene, nell'ottica proposta dalla LR 23/2004, il terreno privilegiato di confronto tra Aziende sanitarie ed Enti locali, nonché strumento per assicurare azioni congiunte nelle aree dell'integrazione, anche grazie all'obbligo sancito dalla norma che la programmazione delle attività sociosanitarie dei PAT e dei Piani di Zona (PDZ) deve essere coincidente.

In concreto entrambi i documenti devono prevedere, descrivere e quindi programmare le ricordate azioni congiunte finalizzate al raggiungimento degli obiettivi sociosanitari condivisi e integrati.

2 DEFINIZIONE

Il PAT è uno strumento decisivo per rendere operativa la transizione culturale che il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 ha sintetizzato con la locuzione "dalla sanità alla salute", ribadendo con ciò la necessità di integrare le attività dei sistemi sanitari locali con la realtà sociale ed economica del territorio.
La nuova prospettiva tende a rendere responsabili e protagonisti del proprio benessere tutti i cittadini e le comunità intere attraverso un riorientamento dei servizi e un'azione non più solo curativo-riabilitativa, ma anche di prevenzione delle malattie, di promozione e protezione della salute. Un processo rafforzato anche dalla rinnovata attenzione alla valutazione dei risultati raggiunti in termini di guadagno di salute. Ne consegue che una programmazione così concepita richiede di superare l'impostazione centrata esclusivamente sui bisogni sanitari e sulle risposte in termini di incremento di servizi, per arrivare a una integrazione effettiva delle attività, delle risorse, delle conoscenze e delle competenze presenti sul territorio. Questa prassi può permettere di considerare e di controllare il maggior numero possibile delle variabili in gioco nel manifestarsi dei fenomeni di malattia e di disabilità.

Il PAT [LR 23/2004, art. 11], pertanto, prima ancora di essere il *documento* che declina localmente le strategie aziendali, è lo *strumento* atto a muovere e sostenere un processo partecipato e condiviso di programmazione sanitaria e sociosanitaria attraverso un articolato sistema di *governance* che prevede il coinvolgimento di tutti gli attori che nel territorio possono contribuire alla promozione della salute. Le modalità con cui il PAT viene costruito sfruttano infatti i meri aspetti adempimentali per favorire la messa in atto di prassi volte alla valorizzazione delle potenzialità del distretto e alla programmazione congiunta a partire, ad esempio, dalla costituzione dei tavoli tematici di lavoro di cui si dirà in seguito. Attraverso questo articolato processo il distretto definisce i propri obiettivi, tenendo conto delle priorità stabilite a livello regionale e aziendale e in risposta ai bisogni della popolazione. L'intero iter mira al conseguimento

di risultati di salute nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza sanitari e sociosanitari e in accordo con i livelli socioassistenziali garantiti dal Servizio Sociale dei Comuni. In quanto strumento di un processo, il PAT può e deve essere sottoposto a continui aggiustamenti determinati da una conoscenza progressivamente più precisa, non solo dei bisogni/domanda/consumi della popolazione, ma anche della mappa dell'offerta di servizi/interventi/azioni e del suo delinearsi in rapporto alle risorse formali e informali disponibili.

In quanto *documento* il PAT, che ha durata triennale e deve essere aggiornato annualmente, nel declinare tutti gli obiettivi maturati nel corso del processo appena ricordato, descrive le attività che gestisce con risorse dirette o indirette, incluse, pertanto, quelle sociosanitarie integrate promosse e realizzate assieme ai Comuni.

Il primo PAT che i distretti dovranno realizzare interesserà il triennio 2006/2008 e potrà subire correzioni e aggiustamenti nell'ambito delle singole annualità di cui si compone.

Le indicazioni d'indirizzo descritte nel presente documento pertanto fungono da sostegno per la futura programmazione visto che si riferiscono ad azioni che andranno ad incidere sul triennio 2006/08.

3 GLI ATTORI DEL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE

Si elencano di seguito i soggetti che, a seguito dell'approvazione della LR 23/2004, sono chiamati a intervenire, a livello istituzionale d'indirizzo e di gestione, nell'iter di costruzione e approvazione del PAT. Accanto a questi, anche se a diverso titolo, vengono richiamati i soggetti istituzionali e non, coinvolti nella predisposizione del PDZ e quindi protagonisti dei tavoli tematici destinati a trattare, come si vedrà in seguito, i temi dell'integrazione sociosanitaria.

3.1 Conferenza dei Sindaci

Il PAT, come precisato, costituisce parte integrante e sostanziale del Piano attuativo locale dell'Azienda. Su quest'ultimo la Conferenza dei sindaci [art.13 della LR 12/1994 come sostituito dall'art.5 della LR 23/2004] esprime parere obbligatorio e arriva

all'intesa sulle attività sociosanitarie [citato articolo, comma1, lettere b) e c)]. Rispetto all'iter l'art. 18 della LR 23/2004, precisa come la Conferenza dei sindaci tramite la propria rappresentanza è chiamata a esprimersi non solo a processo programmatorio concluso, ma deve dare il suo parere circa il PAL anche in una fase intermedia di elaborazione del Piano, ossia prima che venga avviata la negoziazione con l'Agenzia regionale della sanità. Questo principio di condivisione preventiva delle scelte, nelle more dell'approvazione del Piano sanitario e sociosanitario, si intende esteso e anticipato al momento di avvio dell'intero processo, almeno per quanto attiene all'area dell'integrazione sociosanitaria.

3.2 La Direzione Generale dell'Azienda

La Direzione generale dell'Azienda territoriale di riferimento, in ottemperanza alle Linee di gestione approvate dalla giunta e sottoposte al parere obbligatorio della Conferenza permanente, assegna, a seguito di negoziazione, al Direttore di distretto il budget e gli obiettivi in base al quale quest'ultimo può predisporre il PAT [LR 23/2004, art.11, comma 4]. Gli obiettivi relativi alle attività integrate sociosanitarie devono esser impostati nel rispetto di quanto concordato preventivamente con la Rappresentanza della Conferenza dei sindaci.

Alla fine del processo compete al Direttore generale - supportato, per quanto attiene alle strategie di area sociosanitaria, dal Coordinatore sociosanitario -, l'approvazione del PAT previo parere sulla parte sanitaria e previa intesa sulla parte sociosanitaria con l'assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale.

3.3 L'Assemblea dei Sindaci

L'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale interviene nel processo di programmazione territoriale partecipando, con riferimento particolare all'area dell'integrazione sociosanitaria, alla predisposizione del PAT [LR 23/2004, art.11, comma 4] e promuovendo l'attivazione del processo preordinato alla definizione del PDZ e alla stipula del relativo accordo di programma. Alle riunioni dell'Assemblea

[art.40. LR 49/96, come sostituito dall'art.6. LR 23/2004, comma 4] prendono parte, ma senza diritto di voto, il Direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari o un suo delegato, il Coordinatore sociosanitario dell'Azienda medesima, il Responsabile del servizio sociale dei Comuni e il Direttore del distretto.

L'Assemblea nel definire gli obiettivi del PDZ individua, di concerto con il Direttore generale dell'Azienda, anche le attività integrate su cui avviare il confronto tecnico nei tavoli tematici destinati alla programmazione congiunta PAT/PDZ.

All'Assemblea spetta, infine, il compito di stabilire le quote a carico dei Comuni riguardo le attività integrate.

3.4 Il Direttore di Distretto

Al Direttore di distretto spetta la responsabilità della gestione delle risorse assegnate, avendo il distretto un'autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, nonché contabilità separata [art. 18bis. LR 12/1994, comma 8 ter, come modificato dalla LR 23/2004, art. 17]. Al Direttore di distretto compete l'elaborazione della bozza del PAT individuando le attività sanitarie e sociosanitarie di rilievo per il proprio territorio. Per quanto attiene specificatamente alle attività sociosanitarie integrate la loro programmazione viene tracciata assieme ai diversi soggetti chiamati a predisporre il piano di zona (cfr. specifico successivo paragrafo e linee guida dei piani di zona). Per questo insieme di compiti il direttore può avvalersi del supporto dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) composto dai responsabili delle unità operative, dai rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali, nonché da rappresentanti dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto [art. 18bis, LR 12/1994, comma 10bis, come modificato dalla LR 23/2004, art. 17]. L'ufficio va opportunamente integrato con la presenza del responsabile del Centro di salute mentale delegato dal Direttore del Dipartimento di salute mentale, del responsabile del Servizio tossicodipendenze e un rappresentante del Dipartimento di prevenzione. E' indubbio, infatti, che il distretto per assicurare l'intersettorialità degli interventi cui

necessariamente concorrono diverse strutture operative, deve, anche per mezzo dell'ufficio di coordinamento, operare in sinergia con i dipartimenti e i servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri.

3.5 Responsabile del Servizio Sociale dei Comuni e altri soggetti

Partecipano inoltre alla fase di definizione degli interventi dell'area sociosanitaria, la "componente tecnica" relativa alle funzioni di regia e di coordinamento per l'effettuazione del PDZ, costituita dal responsabile del coordinamento tecnico amministrativo del Servizio Sociale dei Comuni e dai coordinatori delle équipe professionali di servizio sociale. Possono altresì essere chiamati a collaborare i soggetti individuati dalla legge quadro 328/2000, art. 1 comma 4, parimenti coinvolti nella predisposizione del PDZ relativo al medesimo territorio cui è riferito il PAT.

4 CONTENUTI DEL PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI

Per punti si sintetizzano di seguito i contenuti che ciascun PAT deve sviluppare.

4.1 L'analisi del bisogno

L'analisi dei bisogni di salute della popolazione rappresenta l'elemento critico del PAT, poiché in essa rientrano aspetti che vanno considerati e interpretati come fenomeni sociosanitari multidimensionali, dinamici e in rapida evoluzione, caratterizzati da specifiche dimensioni temporali e territoriali, frutto dell'integrazione di diverse fonti di indagine.

A questo scopo è prioritario giungere ad una rappresentazione unitaria di lettura dei bisogni di salute tra i diversi attori in gioco, che porti all'elaborazione di modelli concettuali in grado di superare i limiti di codifica del bisogno sanitario classicamente inteso per estendersi ai concetti di funzionamento e partecipazione sociale e di percezione soggettiva della salute. In questo senso la fase di analisi del bisogno rappresenta il momento cruciale di integrazione degli attori della programmazione perché può permettere l'incontro, prima ed aldilà di confini più o meno artificiosi di responsabilità, di diverse competenze, appartenenze, sensibilità e culture sull'affermazione della centralità della persona e dei suoi bisogni.

La conoscenza dello "stato di salute" di un territorio non rappresenta dunque un semplice atto informativo, ma diventa uno strumento decisionale essenziale per la valutazione e la programmazione di servizi sanitari coerenti con i bisogni di salute della comunità distrettuale. Pertanto, il possesso da parte del distretto di un efficace sistema che renda disponibili informazioni di qualità in grado di interpretare la realtà territoriale è un requisito indispensabile per una puntuale programmazione degli interventi. E' necessario tenere in considerazione che il sistema informativo deve raccogliere informazioni anche da database che si trovano al di fuori dei normali flussi informativi sanitari e che sono un importante patrimonio di conoscenza in possesso di altri enti chiamati a concorrere alla realizzazione del PAT stesso. Molti sono i soggetti, istituzionali e non, che a questo proposito potrebbero disporre di valide fonti di

informazioni. Lo sforzo sarà quello di ricomporre tutti i flussi informativi in un unico quadro. Un sistema informativo così strutturato permette di stimare correttamente i bisogni della salute della popolazione, di definire le modalità ottimali di risposta ai bisogni stessi, di stimare la compatibilità degli interventi nei confronti della realtà locale, di pianificare gli interventi stessi e di valutare i risultati ottenuti.

L'analisi del bisogno deve soprattutto considerare la necessità di sviluppare la capacità di leggere le richieste non formulate o le sofferenze inespresse per individuare le condizioni di fragilità che potrebbero beneficiare di interventi di presa in carico tesi a prevenire o ritardare l'aggravarsi della condizione di non autonomia.

Un'importante tappa nella direzione della costruzione di un sistema informativo integrato, che consenta di leggere il bisogno in forma unitaria ed orientare i servizi e gli interventi secondo quanto programmato, è rappresentata dalla costruzione degli indicatori omogenei ai settori sanitario e socio-assistenziale di cui all'art. 9 comma 5 della LR 23 del 2004.

Al termine del processo conoscitivo il distretto dispone di elementi sufficienti e idonei a:

- documentare la frequenza e la distribuzione dei fenomeni di salute/malattia;
- conoscere i bisogni di salute nella loro genesi, dinamica e distribuzione;
- individuare i possibili fattori determinanti la distribuzione dei fenomeni/malattia;
- identificare le "aree problematiche", cioè quei fenomeni sanitari e sociosanitari, quelle aree geografiche o quelle condizioni organizzative dei servizi che, in relazione alla loro rilevanza epidemiologica, richiedono un intervento prioritario.

4.2 Gli obiettivi di salute ed i relativi indicatori di verifica

Include gli obiettivi di salute e i relativi indicatori. In prima istanza gli interventi e le azioni previsti nel PAT rappresentano la declinazione che il singolo territorio dà agli

obiettivi generali di pianificazione regionale e aziendale. Per questi obiettivi di salute vengono individuati i relativi indicatori di risultato.

Nel PAT possono altresì essere sviluppati, in risposta a bisogni specifici del territorio, ulteriori obiettivi; per quest'ultimi il distretto può individuare, in accordo con l'Azienda, adeguati indicatori di risultato.

Il controllo di gestione viene curato dal distretto in stretta collaborazione, per quanto attiene agli obiettivi e indicatori generali di pianificazione regionale e aziendale, con la propria Azienda che si fa anche tramite con l'Agenzia regionale della sanità.

4.3 Le indicazioni in merito alle modalità organizzative del distretto

Viene riportata la descrizione delle diverse tipologie organizzative del distretto, specificando la presenza di ogni singolo servizio/unità/équipe e le rispettive risorse umane dettagliate per profilo professionale. Al fine di conoscere il dimensionamento reale del distretto è opportuno rilevare anche eventuali convenzioni esistenti con strutture e soggetti privati e con i medici di medicina generale.

In questo contesto si devono specificare gli eventuali provvedimenti di riassetto dei servizi e delle strutture anche in riferimento a obiettivi dati dalle Linee di gestione annuali.

In considerazione delle indicazioni date dall'art.1, comma 5 legge quadro 328/2000 in merito ai soggetti che possono provvedere alla gestione e all'offerta dei servizi (ossia soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati), nonché di quanto sancito dall'art 5, comma 2, della stessa legge quadro, i PAT, in sintonia con i PDZ, possono prevedere, nelle more dell'emanazione da parte delle regione di specifiche disposizioni normative (che dovranno, tra l'altro, prevedere un equo trattamento del personale nel rispetto dei contratti vigenti), nuove modalità di rapporto pubblico e privato anche tramite la sperimentazione di idonee e innovative forme di gestione che non devono

intendersi come meri strumenti tecnici, ma devono concretizzare un significato valoriale esplicitando a tal fine il motivo della scelta effettuata.

4.4 I servizi di assistenza primaria e le attività sanitarie e sociosanitarie assicurate

Contempla la descrizione di tutti i servizi di assistenza sanitaria di base, assistenza domiciliare, assistenza farmaceutica, specialistica ambulatoriale, nonché le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale. La sezione include l'individuazione di percorsi per migliorare i servizi e le eventuali proposte di innovazione del sistema di offerta.

Devono essere favoriti in ogni distretto gli insediamenti della medicina generale di gruppo o in associazione in sedi di proprietà aziendale, anche in vista della realizzazione delle équipe territoriali e comunque di attività di cure primarie protratte durante tutta la giornata soprattutto al fine di un effettivo coinvolgimento dei medici di medicina generale nelle strategie di contrasto alla istituzionalizzazione. Inoltre dovranno essere identificate le metodiche per il potenziamento dei collegamenti informatici tra gli ambulatori dei medici di medicina generale e le banche dati aziendali allo scopo di incrementare la capacità di presa in carico dell'assistito e di agevolare i percorsi di accesso dei cittadini ai servizi.

4.5 La localizzazione dei servizi e dei presidi

Illustra la distribuzione dei servizi e dei presidi sul territorio di riferimento, nonché eventuali proposte di modifica dell'assetto esistente con particolare riguardo all'ampliamento dell'accessibilità (accesso unico).

4.6 Le modalità operative e le azioni per il coordinamento tra le attività del distretto, quelle dei dipartimenti, dei restanti servizi aziendali e in particolare quelle afferenti alle funzioni ospedaliere

Descrive i rapporti tra il distretto e le seguenti aree: a) prevenzione; b) salute mentale; c) dipendenze; nonché strutture ospedaliere e ulteriori strutture specialistiche. In

questa sede vanno citate tutte le attività volte a migliorare le forme di coordinamento per assicurare la continuità assistenziale. L'integrazione tra area sanitaria e area sociale, di cui si dirà in seguito, può infatti avere reali e positivi effetti solo nel caso in cui il distretto possa gestire gli interventi di sua competenza coordinando le proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi, come detto, i presidi ospedalieri in un'ottica di continuità assistenziale. In questo punto pertanto devono essere indicate le modalità di raccordo tra le diverse strutture aziendali e in particolare essere previste le attività volte a definire protocolli di dimissione protetta ospedale-territorio.

Infine, per garantire al distretto efficaci strategie in merito al tema della continuità assistenziale, il PAT dovrà fare riferimento ai percorsi previsti dagli accordi di Area vasta che, in ottemperanza alle Linee di gestione 2005, dovranno essere sottoscritti tra Azienda sanitaria e Aziende ospedaliere, IRCCS e Policlinico universitario.

4.7 Le attività di tipo integrato

Riguardo all'ambito di azione delle attività di tipo integrato si dirà in dettaglio ai capitoli 8 e 9 del presente documento.

In questo paragrafo si anticipa che, per sostenere la programmazione di questi interventi, che possono richiedere unitamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire percorsi integrati, la Regione ha stabilito di utilizzare, come griglia di rilevazione e quale supporto operativo alla programmazione del PAT e del PDZ, la tabella 1.C inclusa nell'allegato n.1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 29 novembre 2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza". Si tratta per lo più di prestazioni a carico del servizio sanitario, ma in alcuni casi, possono vedere la partecipazione dei Comuni con propri fondi e non solo con apporti professionali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza. A questa griglia ne vengono aggiunte ulteriori, destinate a illustrare le attività di area sociale che possono anche includere prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (cfr. capitolo 10).

4.8 Entità delle risorse da investire nella realizzazione degli obiettivi di carattere sanitario e di quelli di integrazione sociosanitaria per la quale vengono altresì determinate le quote, concordemente definite, da porre rispettivamente a carico dell'azienda per i servizi sanitari e dei comuni.

Include la descrizione dettagliata delle risorse da destinare alle attività descritte nel PAT. In questa sede deve trovare supporto economico ogni azione descritta con particolare riguardo per quelle di sviluppo. Per quanto attiene all'area dell'integrazione sociosanitaria si deve precisare per le diverse prestazioni erogate la quota a carico dell'azienda e la quota a carico degli enti locali. A tal riguardo devono essere adeguatamente compilate la tabella relativa all'allegato n.1 del DPCM, 29 novembre 2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" (tabella 1.C), e le schede riferite agli interventi di area sociale qualora vi sia la partecipazione alla prestazione dell'area sanitaria.

Dato che, come recita la L 328/2000, alla gestione a all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché il terzo settore e i soggetti privati, i PAT, in sintonia con i PDZ, prevedere, nelle more dell'emanazione da parte delle regione di specifiche disposizioni normative, nuove modalità di rapporto pubblico e privato anche tramite la sperimentazione di idonee e innovative forme di gestione che non devono intendersi come meri strumenti tecnici, ma devono concretizzare un significato valoriale esplicitando a tal fine il motivo della scelta effettuata.

Infine, laddove vi sia l'intervento finanziario di più soggetti pubblici, è necessario, per assicurare la piena integrazione e dignità dei diversi attori, che nella fase della definizione delle procedure di affidamento di servizi a terzi vengano coinvolti tutti coloro che sostengono i costi del servizio stesso.

Nella stesura del PAT il distretto si avvale del supporto dell'Azienda e in particolare modo degli uffici del controllo di gestione e finanziari cui spetta, su mandato del Direttore generale, la definizione dei singoli budget di distretto e la loro assegnazione ai centri di costo.

Nella fase di avvio l'assegnazione del budget viene fatta su "base storica". Ogni ipotesi di incremento può esser sviluppata in seno alla programmazione triennale 2006-2008 compatibilmente con le risorse che il Direttore generale, in relazione alle linee annuali di gestione approvate dalla Giunta Regionale, assegna al distretto.

5 LUOGHI E MODALITÀ DEL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE

5.1 Gli Uffici della Direzione Generale dell'Azienda

Gli Uffici della Direzione generale delle singole aziende devono garantire al distretto, anche con personale parzialmente dedicato, ogni supporto necessario per la gestione e lettura finalizzata dei dati (statistici ed epidemiologici), nonché per tutti gli aspetti di natura finanziaria e contabile. In fase di avvio l'ausilio deve essere assicurato anche nel momento della rilevazione dello *status quo* specie per quanto attiene l'allocazione delle risorse, incluse quelle umane.

5.2 Lo staff di programmazione del Distretto

Per favorire la stesura del PAT e per accompagnare operativamente tutte le fasi del processo di elaborazione, si ritiene opportuno che il Direttore di distretto individui degli operatori destinati a formare il cosiddetto "staff di programmazione di distretto". Quest'ultimi devono garantire da un lato un costante collegamento con le varie strutture di area distrettuale e con l'ufficio di coordinamento (UCAD), dall'altro il sostegno e lo sviluppo di percorsi congiunti di studio, raccolta ed elaborazione con il Servizio Sociale dei Comuni. Lo staff, infatti, al fine di favorire l'effettiva programmazione integrata delle attività, è chiamato ad operare in collaborazione con l'Ufficio di Piano del coordinamento tecnico amministrativo del Servizio Sociale dei Comuni.

5.3 Tavoli tematici di lavoro

Per favorire l'elaborazione congiunta della programmazione territoriale e per realizzare quella coincidenza tra le attività sociosanitarie previste dal PAT con le omologhe previsioni del PDZ, come sancito dalla LR 23/2004, art.11, comma 5, i distretti e i SSC utilizzano lo strumento dei *tavoli tematici di lavoro* destinati ad affrontare i bisogni di salute relativi alle aree di integrazione sociosanitaria. In particolare dovranno essere istituiti tavoli congiunti, ossia formati da soggetti almeno sulle seguenti aree:

- Salute mentale;
- Anziani;
- Disabili;
- Materno Infantile;
- Tossicodipendenze.

I tavoli rappresentano il luogo dove si strutturano e sostanziano in azioni concordate tra le parti e, per quanto attiene al distretto, in allineamento sia con le linee di programmazione regionale per le Aziende Sanitarie sia con il budget assegnato, gli indirizzi per la programmazione integrata PAT/PDZ concordati con l'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale. Essi sono pertanto composti da rappresentanti del distretto (possono essere anche gli stessi soggetti raccolti nell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, o parte di essi) e da soggetti che intervengono nella predisposizione dei Piani di Zona, inclusa la componente politica.

Nello specifico i tavoli tematici sono chiamati a trattare almeno i temi definiti al successivo capitolo 9, nonché l'argomento delle prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili, con particolare riguardo al tema dell'integrazione professionale e delle percentuali di costo attribuibili rispettivamente al sistema sanitario e ai Comuni.

5.4 La coincidenza territoriale tra ambito e distretto.

Nell'ambito della programmazione locale è opportuno fornire alcune precisazioni per quanto attiene all'area territoriale della provincia di Trieste, dove a fronte di tre ambiti

del Servizio Sociale dei Comuni e quattro distretti afferenti all'Azienda sanitaria n.1 "triestina", insiste un'unica Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale.

Stante la peculiarità del territorio, che è alla base della previsione normativa (LR 49/96, art. 40, comma 10 e art. 41bis, c. 5), è necessario prevedere per i tre ambiti e per i quattro distretti una fase programmatoria di avvio comune e collegiale, in cui dovranno essere definite almeno le modalità per assicurare l'elaborazione congiunta della programmazione integrata. Il risultato concreto di questo percorso condiviso dovrà, in particolare, portare il distretto n.1 e il distretto n.3 – che operano a scavalco tra più ambiti del SSC – alla redazione di un unico capitolo dedicato all'integrazione dato dalla compresenza di due PDZ, quello relativo all'ambito del Comune di Trieste e, rispettivamente, quello proprio dell'ambito dei comuni di Aurisina, Sgonico e Monrupino da un lato, e dell'ambito dei comuni di S.Dorligo e Muggia dall'altro.

6 LE LINEE DI INDIRIZZO

6.1 Indirizzi generali

La programmazione locale dovrà conformarsi agli indirizzi strategici desumibili dagli atti normativi nazionali e regionali vigenti in materia, nonché dalle Linee per la gestione del SSR 2005, dal Progetto obiettivo materno infantile (in fase di approvazione definitiva) e dal Piano regionale della riabilitazione ora in discussione. Inoltre, per quanto riguarda gli interventi di natura integrata, i PAT dovranno far propri gli obiettivi prioritari definiti nel Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali. Pertanto, in attesa della definizione puntuale di strategie, obiettivi di salute e priorità di intervento nell'ambito del Piano sanitario e sociosanitario regionale di prossima emanazione, è possibile individuare, richiamandosi ai documenti citati, come centrali per la pianificazione sanitaria e sociosanitaria locale, le strategie volte a realizzare efficaci interventi di deistituzionalizzazione e di contrasto all'istituzionalizzazione e a garantire la continuità assistenziale per le persone con problematiche riferibili alle aree integrate.

A motivare la scelta di queste strategie vi sono altresì alcune considerazioni legate alla specifica realtà del territorio regionale. Infatti, nonostante la normativa regionale e nazionale abbia a più riprese affermato l'assoluta centralità delle cure a domicilio e dei percorsi assistenziali svolti in contesti familiari, nonché l'insostenibilità deontologica prima ancora che l'inefficacia clinica di pratiche assistenziali che privino, in forma più o meno evidente, la libertà e la dignità delle persone, la nostra regione continua a vedere incrementati i tassi di istituzionalizzazione della popolazione fragile (specie in riferimento agli anziani) con significativi impatti sulla qualità della vita delle persone coinvolte e sul consumo delle risorse.

Gli interventi di contrasto all'istituzionalizzazione si fondano prioritariamente sul rafforzamento delle reti primarie di cura. L'evoluzione della struttura demografica della popolazione regionale e delle reti familiari, nonché la ricomposizione delle reti informali di cura, richiedono un significativo potenziamento ed un sostanziale ri-orientamento (ri-qualificazione) degli interventi sul territorio. La capacità di "accoglienza" che il sistema

domiciliare saprà esprimere nei confronti delle nuove persone non autosufficienti, sarà, infatti, direttamente proporzionale alla efficacia del distretto di incrementare il "sistema delle opportunità" nel territorio e di governarne le relazioni. Le strategie di incremento del "sistema delle opportunità" sono vincolate al potenziamento dei servizi del territorio, ma soprattutto legate ad una nuova interpretazione che di questi servizi si deve dare, orientandoli secondo il principio della sussidiarietà promozionale e finalizzandoli alla costruzione di un welfare di comunità. E' fondamentale, infatti, che il distretto, nell'organizzare il proprio agire, si muova nella logica di promuovere, valorizzare, sostenere attivamente le capacità di responsabilizzazione e di protagonismo degli utenti, delle famiglie e delle espressioni di utilità sociale che nascono all'interno delle comunità locali, al fine di costruire assieme la risposta ai diversi bisogni. Dovrà inoltre essere in grado di mettere in rete e di governare la costruzione delle risposte ai bisogni socio-sanitari, integrando le diverse risorse in mix innovativi di interventi e di forme gestionali. La riprogettazione congiunta della rete dei servizi, che valorizza tutte le risorse del territorio, è infatti il passaggio cruciale per favorire l'accessibilità ai servizi e per garantire la continuità assistenziale.

6.2 Indirizzi per area di intervento

Per rispondere operativamente a queste linee strategiche si evidenziano alcuni obiettivi già presenti negli atti di programmazione emanati dalla Regione negli ultimi anni, e si anticipa parte degli indirizzi del Piano sanitario e sociosanitario al fine di programmare gli interventi nelle seguenti aree.

Anziani

Al fine di realizzare un efficace contrasto al rischio di istituzionalizzazione degli anziani e di migliorare la loro qualità di vita nelle strutture residenziali, i PAT dovranno far propri i seguenti indirizzi:

Assistenza domiciliare

Il campo della home care, pur abbastanza progredito negli ultimi anni, appare – senza coerenza con il rispetto dei livelli essenziali di assistenza – non ancora dotato di standard di riferimento di personale per l'erogazione uniforme su tutto il territorio regionale di servizi infermieristici. Quest'ultimi necessariamente vanno estesi almeno alle 12 ore per 7 giorni alla settimana, prioritariamente per quelle principali tipologie di malati dove è provata l'efficacia delle cure domiciliari in rapporto a quelle ospedaliere o residenziali (se non altro nei termini di qualità di vita migliore): in prima istanza, oncologici, con insufficienza cardiaca o respiratoria, terminali o in stato vegetativo. In casi particolari si potranno sperimentare forme di assistenza sulle 24 h.

Gli investimenti in questo settore, sicuramente rilevanti, devono essere prioritari rispetto ad ogni ulteriore ampliamento o riqualificazione dell'attuale offerta residenziale.

Si dovranno inoltre promuovere sperimentazioni che favoriscano l'innovazione dell'organizzazione e della gestione delle cure infermieristiche domiciliari. In particolare quelle innovazioni che sostengono una gestione orientata alla presa in carico, anche anticipata, delle persone con bisogni socio-sanitari e l'orientamento degli interventi professionali verso una effettiva promozione della salute e della qualità della vita dei singoli e delle comunità.

In ogni distretto della regione deve essere previsto inoltre un servizio di riabilitazione domiciliare attivo almeno 6 giorni alla settimana.

Assistenza residenziale a breve periodo

Le strutture di riabilitazione extraospedaliera a breve termine sono dedicate prioritariamente al recupero funzionale di soggetti con disabilità caratterizzate da indici predittivi di recupero e/o svolgono funzione respiro. Alcune strutture accolgono anche soggetti cronici che necessitano di un trattamento di mantenimento delle proprie capacità funzionali residue e/o riacquisite.

Inoltre, tali strutture assolvono anche ad una funzione di "attesa" rispetto ad altre destinazioni della rete dei servizi (attesa per entrare in casa di riposo, organizzazione

servizi domiciliari, riorganizzazione del contesto socio-ambientale e familiare, abbattimento barriere architettoniche,...), che pur essendo espressione di una difficoltà fisiologica del sistema a garantire la continuità terapeutica, rappresenta una necessità attualmente ineliminabile.
Tale offerta si compone di strutture già esistenti o da implementare come ad esempio: RSA, residenze per alcolisti, Presidi riabilitativi ex art. 26/833, Progetto Spilimbergo.
In particolare, le RSA sono state concepite quali strutture distrettuali intermedie tra ospedale e i servizi territoriali per garantire un accoglimento a prevalente indirizzo riabilitativo (patologie ortopediche e neurologiche) a soggetti temporaneamente non autosufficienti, in modo da evitare ricoveri o ridurre la durata della degenza ospedaliera, nonché per reinserire tempestivamente la persona nel proprio contesto di vita. Inoltre, esse assicurano una funzione di "respiro" per le famiglie, nonché funzioni specialistiche per cure palliative di I livello, per demenze e per problemi alcool-correlati.
Attualmente le RSA ubicate all'interno degli ospedali svolgono anche una funzione di degenza post-acuta, garantendo un'assistenza a quell'utenza che, superata la fase acuta, non è ancora dimissibile dall'ospedale, in quanto presenta bisogni assistenziali complessi ed un quadro di instabilità clinica che necessita di una protezione medica sulle 24 ore.
Il distretto deve leggere i bisogni della propria popolazione e dimensionare l'offerta degenziale, comprensiva di tutte le tipologie di residenze a breve termine, favorendo l'inserimento dell'utente nel proprio contesto familiare-abitativo, in un'ottica di incremento della sua autonomia.

Assistenza semiresidenziale

Dovrà essere valutato l'utilizzo del segmento semiresidenziale "centro diurno", quale strumento di contrasto all'istituzionalizzazione ed anello di congiunzione con la domiciliare; particolare attenzione andrà posta alla creazione di centri per l'anziano con grave disturbo cognitivo e comportamentale (morbo di Alzheimer).

Assistenza residenziale a lungo periodo

Nel prossimo triennio si dovrà realizzare la ri-organizzazione del sistema di offerta delle strutture residenziali per anziani come previsto dalla LR 10 del 1998 e dalla DGR n. 688, dd. 9 marzo 1999.

Questo cambiamento, finalizzato a garantire maggior qualità nel sistema e maggior equità ed efficienza nell utilizzo delle risorse, prevede una nuova classificazione dei bisogni degli anziani. Il nuovo sistema di classificazione dovrà superare la semplificazione della dicotomia autosufficienza/non autosufficienza e considerare, attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionali evoluti, anche le diverse composizioni del bisogno e l'investimento di risorse che lo stesso richiede per la sua soddisfazione.

Il raggruppamento per classi omogenee di tipologia di bisogno orienterà la nuova organizzazione delle tipologie di offerta, definendone standard di struttura, di processo e di esito.

Il raggruppamento per classi omogenee secondo il livello di assorbimento di risorse determinerà inoltre una differenziazione della contribuzione regionale permettendo una distribuzione delle risorse secondo criteri di maggiore equità.

In generale è necessario prevedere un sempre maggiore coinvolgimento del distretto nel verificare il fabbisogno assistenziale, le entità delle risorse necessarie, e nel garantire adeguati livelli di assistenza sanitaria nelle strutture residenziali.

Salute Mentale

Anche l'attività di deistituzionalizzazione e di contrasto all'istituzionalizzazione nel campo della salute mentale dovrà conformarsi alle linee strategiche previste. In particolare si dovranno promuovere interventi volti alla realizzazione di percorsi integrati per gli utenti dei servizi afferenti al Dipartimento di Salute Mentale. Si dovranno inoltre adottare strumenti integrati (Unità multiprofessionali/UVD) di

valutazione, progettazione, monitoraggio e verifica affinché i progetti personalizzati per i pazienti psichiatrici che richiedono interventi sociosanitari integrati siano inseriti nel governo complessivo dei percorsi distrettuali.
L'attività del Centro di Salute Mentale, come prevista dal precedente Piano d'intervento a medio termine, deve quindi inserirsi nella rete dei servizi distrettuali e seguire un approccio che sostenga la costruzione effettiva di un sistema di opportunità e di un welfare di comunità rivolto alle persone con problemi di salute mentale. Non va infatti sottovalutato il rischio di forme subdole di nuova istituzionalizzazione psichiatrica e pertanto si deve porre costantemente al centro del processo terapeutico-riabilitativo il percorso emancipativo del paziente e la sua effettiva integrazione sociale, anche in termini abitativi e lavorativi. In questo senso, la programmazione integrata e partecipata delle attività rivolte alle persone con problemi di salute mentale rappresenta una importante occasione per la realizzazione di nuove opportunità lavorative ed abitative per questi soggetti. Le Aziende e gli enti locali devono valutare, nell'ambito delle possibilità offerte dalla normativa vigente, quali attività siano utilmente esternalizzabili, anche attraverso affidamenti ad imprese sociali del territorio, ai fini dell'inserimento lavorativo degli utenti afferenti al Dipartimento di Salute Mentale.

Disabilità

Per quanto riguarda gli indirizzi della Regione per gli aspetti di carattere sanitario e sociosanitario inerenti i problemi legati alla disabilità si rimanda al Piano regionale della Riabilitazione di prossima approvazione.
In particolare nel PAT il distretto dovrà implementare le seguenti attività:

- prendere in carico il soggetto con disabilità contrastando l'istituzionalizzazione e garantendo il mantenimento della persona nel proprio contesto sociale, relazionale e affettivo, a questo fine deve essere dato particolare rilievo all'attività dell'equipe multidisciplinare;

- sviluppare attività di prevenzione, attività riabilitativa domiciliare (SRD), attività riabilitativa ambulatoriale, attività riabilitativa nei centri diurni e nelle strutture residenziali, nonché l'attività riabilitativa nelle RSA.

Area materno infantile e dell'età evolutiva

Per quanto riguarda gli indirizzi della Regione, per gli aspetti di carattere sanitario e sociosanitario, inerenti i problemi legati all'area materno infantile, si rimanda al Progetto Obiettivo Materno Infantile di prossima definitiva approvazione da parte della Giunta Regionale.

In particolare il distretto è chiamato ad essere punto di accesso privilegiato per ciascun servizio correlato alla salute della madre e del bambino, in cui l'utente viene accolto e al quale viene garantito un percorso assistenziale chiaro attraverso tutti i livelli dei servizi disponibili. In particolare tale intervento dovrà interessare i pediatri di libera scelta, la Neuropsichiatria infantile, il Consultorio familiare e l'area ambulatoriale.

Pertanto nei PAT il distretto dovrà esplicitare modalità organizzative dei servizi sanitari che:

- permettano il raccordo con i servizi di un livello superiore;
- garantiscano l'erogazione di prestazioni transdisciplinari e non settoriali e frammentate;
- prestino attenzione alle peculiarità di genere e di età;
- favoriscano l'accesso da parte degli utenti, adeguandosi ai nuovi ritmi di vita (es: orari di apertura e distribuzione territoriale);
- sappiano interfacciarsi con utenti di lingua e cultura diversa;
- garantiscano la continuità assistenziale sia in senso orizzontale (passaggio da un servizio all'altro) sia in senso verticale (passaggio all'età adulta).

Tossicodipendenze

La programmazione integrata degli interventi in materia di tossicodipendenza rappresenta il contesto privilegiato dove le Aziende sanitarie, gli Enti locali, le istituzioni scolastiche, l'amministrazione della giustizia e le diverse realtà associative, possono raccordarsi per affrontare êfficacemente la complessità del fenomeno e per gestire le conseguenti risposte nei diversi territori.
In particolare si dovranno programmare azioni di promozione della salute per la popolazione giovanile da realizzarsi nei luoghi da essi frequentati ed abitati.
Analogamente all'area della salute mentale, anche per i problemi legati alle tossicodipendenze si dovranno prevedere, nella programmazione integrata locale, azioni utili a promuovere l'inserimento lavorativo, anche attraverso interventi formativi specifici, e a realizzare nuove opportunità abitative per le persone con problemi alcol droga correlati. In questa direzione è auspicabile il raggiungimento di specifici protocolli e accordi con le amministrazioni comunali e con le Aziende Territoriali per l'Edilizia Residenziale (ATER). In particolare per i soggetti ad alto rischio di marginalità sociale è opportuno prevedere misure di accoglienza ed interventi a "bassa soglia".

7 IL PAT COME STRUMENTO PER L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 sottolinea come "nessun sistema sanitario, per quanto tecnicamente avanzato, può soddisfare a pieno la propria missione se non è rispettoso dei principi fondamentali di solidarietà sociale e di integrazione socio-sanitaria".

L'interrelazione tra la componente sociale e quella sanitaria del bisogno emerge evidente nelle problematiche legate alle malattie cronico-degenerative e più in generale nelle aree riguardanti: l'assistenza e la riabilitazione delle persone con disabilità, il recupero psicofisico e la risocializzazione delle persone con disturbi mentali, il recupero psicofisico e la risocializzazione dei tossicodipendenti, alcoldipendenti e malati di AIDS, l'assistenza agli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti, l'assistenza psico-sociale alla maternità, all'infanzia all'età evolutiva. Queste aree sono connotate, oltre che dalle caratteristiche dell'utenza che evidenziano bisogni complessi e multidimensionali, dalle caratteristiche dell'intervento stesso che richiede un elevato grado di integrazione tra attività sociali e sanitarie e di assistenza tutelare. Le aree ad elevata integrazione socio-sanitaria sono inoltre caratterizzate dalla presenza di obiettivi di natura socioassistenziale e socio-riabilitativa, da modalità di valutazione multidimensionale e, soprattutto, da un approccio per progetti personalizzati.

Tutta la normativa nazionale e regionale [LR 49/1996], in materia di integrazione sociosanitaria, orienta l'organizzazione degli interventi secondo un approccio guidato dal bisogno, che ricolloca al centro del sistema la persona con i problemi legati al suo stato di salute, e al contempo la valorizza come portatrice di risorse in termini di saperi, competenze, legami che un progetto di intervento deve saper cogliere e promuovere. L'approccio guidato dalla domanda favorisce l'autoattivazione delle persone e dei contesti, promuove la responsabilizzazione dei singoli e delle comunità, considera e incide sulle determinanti socio-economiche della salute la cui importanza è dimostrata in particolare nelle aree dell'integrazione sociosanitaria. Rispetto al sistema sanitario questo approccio si estrinseca nella progettazione e realizzazione congiunta di *progetti*

individuali [L 328/2000, art. 14] e di *percorsi assistenziali integrati* [art. 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992. n.502, e successive modifiche ed integrazioni], per dare risposta a bisogni che "richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali" [Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, *Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*].

In questo contesto l'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria, oltre a precisare le tipologie di prestazione e i criteri di finanziamento, ha delineato i requisiti necessari per personalizzare gli interventi sulla base di progetti assistenziali personalizzati, definiti tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale nonché la sua durata [citato DPCM, 14 febbraio 2001, art.2]. A questi requisiti deve uniformarsi la gestione della presa in carico professionale e dei percorsi assistenziali basata sulla metodologia di lavoro per progetti personalizzati. Quest'ultimi richiedono interventi a diversi livelli: istituzionale, gestionale e professionale. A questo proposito già il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 affermava che: "l'integrazione istituzionale si basa sulla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (in particolare Aziende sanitarie, Amministrazioni comunali), che si organizzano per perseguire comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni e gli accordi di programma.

L'integrazione gestionale si colloca a livello di struttura operativa: in modo unitario nel distretto ed in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni.

Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono: la costituzione di unità valutative integrate, la gestione unitaria della documentazione, la valutazione dell'impatto economico delle decisioni, la definizione delle responsabilità del lavoro integrato, la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la collaborazione tra

strutture residenziali e territoriali, la predisposizione dei percorsi assistenziali appropriati per tipologie d'intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate".

La LR n.23/2004 prevede che il PAT, per la parte comprendente le aree dell'integrazione sociosanitaria, coincida con l'omologo PDZ. Il relativo accordo di programma rappresenta pertanto la modalità operativa per dare corpo formale all'integrazione istituzionale. Se da un lato l'integrazione istituzionale è la sintesi unitaria della visione dei futuri scenari di welfare locale e la definizione di linee di indirizzo strategico condivise, dall'altro rappresenta l'avallo politico di processi applicativi dell'integrazione professionale e gestionale che vedono nei PAT il momento elettivo di concezione. In particolare possono essere gettate le basi di una reale integrazione gestionale attraverso la progettazione condivisa delle reti di intervento.

Il dimensionamento ottimale dei diversi servizi, l'elaborazione di percorsi di accesso unitari o integrati, l'orientamento ai setting più adeguati alle diverse tipologie di bisogno valutati con metodologie condivise, la condivisione di protocolli che definiscono le modalità di interazione tra servizi diversi, rappresentano il terreno di confronto dei soggetti coinvolti nell'elaborazione del PAT.

Per esprimere operativamente questa esigenza di coinvolgimento dei molteplici soggetti gestori dei servizi è necessario definire e sperimentare nuove soluzioni gestionali tra pubblico e privato, in particolare sostenendo attivamente le proposte che realizzano partenariati tra pubblico e "privato sociale" (cooperazione sociale, associazionismo e volontariato) finalizzati alla "valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata" [L 328/2000].

Sia i protocolli che definiscono le modalità di coordinamento e di interazione tra i diversi servizi, sia i progetti personalizzati, in particolare se sostenuti da risorse economiche dedicate (es. budget di cura), sono i ponti di collegamento tra l'integrazione gestionale e quella professionale.

L'integrazione a livello professionale presuppone sia la costituzione di unità e di nuclei di valutazione multidimensionali ed integrati (UM/UVD), sia l'adozione di strumenti condivisi di valutazione del bisogno e di gestione delle informazioni (sistema informativo), nonché la definizione di modalità congiunte di redazione dei piani individualizzati. Più in generale è necessario procedere ad una analisi dei processi assistenziali delle aree integrate per riprogettarne le principali fasi (segnalazione, valutazione ex ante e presa in carico, progettazione, attuazione, monitoraggio e verifica) e giungere alla condivisione di protocolli operativi che regolino le relazioni operative tra le diverse figure professionali.

8 LE MODALITÀ DI ELABORAZIONE CONGIUNTA PAT/PDZ

Con riferimento ai processi di integrazione sociosanitaria, la normativa regionale individua, nell'implementazione di tali processi, l'elemento strategico caratterizzante il complesso della rete dei servizi alla persona in ambito regionale, in sintonia con le indicazioni date dalla normativa e dagli atti di programmazione statale. Anche il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, affermando che "l'integrazione delle responsabilità e delle risorse rappresenta una condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi..." [DPR 23 luglio 1998, Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000], poneva come centrale la questione dell'integrazione sociosanitaria. Peraltro il tema dell'integrazione sociosanitaria è ampiamente presente anche nella legge 328/2000.

La LR 23/04, che dispone sulla partecipazione degli Enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina i relativi strumenti di programmazione, contiene una serie di previsioni che mirano a regolamentare il processo di integrazione sociosanitaria sul territorio regionale.

In conformità con quanto previsto dal d. lgs. 229/99, la citata LR 23/04 attribuisce al distretto propria autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, e lo elegge a promotore di un suo piano chiamato programma delle attività territoriali (PAT), che rappresenta parte sostanziale del più ampio Piano Attuativo Locale dell'Azienda in cui si incardina il distretto stesso.

Il PAT è uno strumento decisivo per rendere operativa la transizione culturale che il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 ha sintetizzato con la locuzione "dalla sanità alla salute", per integrare le attività dei sistemi sanitari locali con la realtà sociale ed economica del territorio. Altresì, la citata LR 23/04 definisce il Piano di Zona (PDZ) come strumento fondamentale per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali territoriali, con l'obiettivo di produrre promozione, prevenzione, cura, tutela e inclusione sociale.

Nell'ottica di una programmazione locale integrata, si tratta quindi di coniugare tra loro i due strumenti PAT e PDZ, tenendo conto che le previsioni in materia sociosanitaria contenute in entrambi gli strumenti devono coincidere.

L'art.11 e l'art. 12 della citata LR 23/04, che trattano rispettivamente del PAT e del PDZ, stabiliscono che i due strumenti programmatori devono individuare le attività sociosanitarie cui – nell'ambito di obiettivi condivisi - dare attuazione, nonché le risorse necessarie alla realizzazione dell'integrazione sociosanitaria e le quote da porre rispettivamente a carico dell'Azienda per i servizi sanitari e dei Comuni. Il PDZ deve inoltre individuare le forme di tazione con l'Azienda per garantire la cooperazione gestionale e professionale nell'ambito delle aree ad alta integrazione sociosanitaria.

Il rischio da evitare è quello della proliferazione competitiva degli ambiti di programmazione. E' dunque necessario individuare luoghi e modalità condivise per garantire unitarietà al processo programmatorio. Le indicazioni che seguono vanno lette proprio in questo senso.

E' innanzi tutto utile ricordare come il processo di programmazione debba attuarsi tenendo conto delle tre fasi di integrazione: istituzionale, gestionale e professionale.

A questo proposito anche il Piano Sanitario Nazionale 1998–2000 afferma che "l'integrazione istituzionale si basa sulla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (in particolare Aziende sanitarie e Amministrazioni comunali), che si organizzano per perseguire comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni e gli accordi di programma".

In questo contesto "partecipato" anche la LR 23/04 ribadisce che a livello istituzionale "il luogo" dell'integrazione è l'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale alla quale compete da un lato l'attivazione del processo per la definizione del PDZ e dall'altro la partecipazione al processo di programmazione territoriale preordinato alla predisposizione dei PAT.

L'Assemblea dei sindaci nel definire gli obiettivi del PDZ individua, di concerto con il Direttore generale dell'Azienda, anche le attività integrate su cui avviare il confronto tecnico nei tavoli tematici di lavoro destinati alla programmazione congiunta PAT/PDZ.

Sembra opportuno ribadire che i citati tavoli tematici di lavoro si configurano – dal lato metodologico – come quelli di cui alla parte relativa all'avvio del processo per il PDZ (§ Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona, 6.1) e che dunque devono garantire la presenza dei rappresentanti della componente tecnica e politica di cui alla funzione di regia ed indirizzo, e avere al proprio interno i diversi soggetti, istituzionali e non, necessari per la definizione della programmazione integrata. Nel caso di una molteplice presenza di organismi similari (il riferimento riguarda soprattutto la variegata realtà del terzo settore), si evidenzia l'opportunità di predisporre occasioni e strumenti di rappresentanza per consentire a tutti di esprimere il proprio contributo.

Deve infine essere promossa la partecipazione delle organizzazioni sindacali nel processo di elaborazione e verifica del PAT. Le modalità di coinvolgimento delle stesse in detto processo verranno definite dalla Giunta regionale con successivo atto da adottarsi ai sensi dell'art. 7, c. 4 della LR 23/04.

9 LA PROGRAMMAZIONE NELLE AREE SOCIOSANITARIE

In attesa che la Regione, come previsto dall'art. 13 della LR 23/04, individui le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, quelle sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria e quelle sociali a rilevanza sanitaria, nonché gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione, funzionamento e finanziamento delle stesse, l'elaborazione congiunta dovrà riguardare almeno [cfr. art.13, c. 4, LR 23/04]:

- la prevenzione e assistenza materno-infantile,
- l'assistenza, riabilitazione ed integrazione sociale delle persone con disabilità;
- la tutela della salute delle persone anziane;
- la cura e recupero dei soggetti tossicodipendenti;
- la cura e recupero dei soggetti malati di mente;

- le situazioni di non autosufficienza, temporanea o permanente, derivanti da patologie diverse.

Con riferimento ai su elencati temi, allo scopo di considerare i diversi bisogni della persona, della famiglia e della comunità entro un quadro unitario di politiche per il benessere, i Comuni associati e le Aziende/distretti possono concordare soluzioni idonee a garantire la gestione unitaria delle risorse per l'integrazione sociosanitaria. A tal fine possono essere individuate forme di sperimentazione volte ad attuare la gestione di un fondo unitario per finanziare tutte o parte delle risposte in materia di integrazione sociosanitaria.

9.1 Obiettivi strategici di sistema

La progettazione condivisa di una rete dei servizi ed interventi sociosanitari deve andare di pari passo con lo sviluppo ed il consolidamento di strumenti di integrazione gestionale e professionale che garantiscano la centralità della persona, dei suoi bisogni, delle sue esperienze, dei suoi legami nel percorso congiunto di presa in carico e di sviluppo del processo di cura e riabilitazione. Deve essere affermato operativamente l'approccio guidato dal bisogno che interpreta i diversi setting di intervento come strumenti e come risorse del progetto di cura e riabilitazione. Il sistema di offerta cioè deve orientarsi e plasmarsi quanto più possibile sulla soggettività del bisogno adeguando i propri meccanismi di funzionamento alle esigenze dei luoghi e dei contesti in cui di norma le persone esprimono il proprio funzionamento sociale.

In questo senso è importante ribadire la necessità, nell'ambito della programmazione congiunta PAT/PDZ, di rafforzare il sistema di lavoro integrato tra distretto e ambito e di sviluppare e consolidare specifiche azioni nelle aree di intervento, attraverso il perseguimento dei seguenti obiettivi strategici:

- lo sviluppo e la riqualificazione delle *Unità Multiprofessionali* in tutte le aree di integrazione sociosanitaria;
- l'affermazione diffusa dell'utilizzo del *progetto personalizzato*;

- lo sviluppo della funzione di *coordinatore del caso* (Case Manager);
- la diffusione di *punti unici* di accesso ai servizi sociosanitari.

9.1.1 *Lo sviluppo e la riqualificazione delle Unità multiprofessionali*

Le Unità multiprofessionali (Um) nelle loro varie definizioni (Unità di valutazione distrettuale –UVD- équipe multidisciplinare dell'handicap, équipe minori...) sono uno dei principali strumenti organizzativi di integrazione professionale e gestionale che negli ultimi anni si sono andati consolidando nella rete dei servizi distrettuali. La diffusione di tale strumento, nell'approccio alle differenti aree di bisogno, non appare però ancora soddisfacente sia perché permangono tendenze alla "semplificazione" della presa in carico, sia perché spesso l'interpretazione che ne viene data è più di carattere amministrativo che di miglior organizzazione possibile della risposta.

Le ragioni di uno sviluppo sinergico delle diverse componenti del sistema sociale e del sistema sanitario spingono verso l'adozione di modelli organizzativi maggiormente bilanciati in cui i percorsi per l'utenza siano realmente guidati dalla risposta più adeguata al bisogno espresso.

In tal senso la riqualificazione delle Unità multiprofessionali deve riguardare la ridefinizione dell'intero processo che porta alla scelta dei migliori percorsi di salute per il cittadino a partire dalla presa in carico attraverso un punto di accesso unico già funzionalmente integrato da professionalità sociali e sanitarie, attraverso l'adozione di strumenti valutativi multidimensionali evoluti che permettano di considerare bisogni semplici e complessi, riservando a questi ultimi l'effettiva realizzazione di una formale presa in carico da parte delle Unità multiprofessionali.

Per garantire questo passaggio alle Unita multiprofessionali si dovrà assicurare un'autonomia gestionale, con il governo delle risorse utili a soddisfare i bisogni, con l'opportunità di procedere a monitoraggi continui dell'evoluzione dello stato di salute del cittadino qualunque sia la destinazione, domicilio o struttura residenziale. Sarà inoltre necessario prevedere una deburocratizzazione delle Unità multiprofessionali attraverso la distinzione degli obblighi amministrativi – che andranno rivisitati per renderli più

"leggeri" - dalle attività di presa in carico, anche sperimentandone una diversificazione nelle articolazioni organizzative che favorisca una maggiore prossimità al cittadino.
Tale sviluppo porta ad un maggiore sforzo di integrazione tra soggetti diversi, ad una maggiore responsabilizzazione dei distretti garantendo un'autonomia gestionale delle risorse, ad una maggiore garanzia di equità nelle opportunità di accesso al sistema dei servizi ovunque in regione.

9.1.2 Il progetto personalizzato

Il progetto assistenziale personalizzato [art. 2 comma 1 del DPCM 14 febbraio 2001 e art. 14 comma 2 LR 23/2004], redatto sulla scorta di valutazioni multidimensionali, è lo strumento fondamentale in mano alle Unità multiprofessionali per affermare la centralità della persona e dei suoi bisogni. Alla definizione e realizzazione del progetto personalizzato concorrono infatti diversi apporti professionali e non, in una condivisione di obiettivi, responsabilità e risorse, secondo un criterio unitario di gestione.
La realizzazione del progetto personalizzato deve avvalersi dei servizi, interventi e di prestazioni integrate collegandole quanto possibile al naturale contesto familiare, ambientale e sociale della persona. Deve inoltre assumere una funzione proattiva e spingersi a promuovere la realizzazione di ambienti che determinino un miglioramento del funzionamento sociale delle persone interessate. Deve conformarsi costantemente a strategie di empowerment dei contesti e dei soggetti promuovendo l'autonomia e l'autodeterminazione di questi ultimi.
Nella definizione della programmazione locale è perciò strategico identificare specifici interventi per la diffusione, nelle diverse aree e nei diversi setting, dello strumento progetto personalizzato, considerandolo alla stregua di un "livello essenziale" di prestazione sociosanitaria.
I progetti personalizzati dovranno indicare: la natura del bisogno, i risultati attesi, l'articolazione degli interventi, le risorse necessarie, le responsabilità professionali e di servizio, i tempi e le modalità di verifica.

Resta inteso che nel prevedere l'utilizzo di strutture – in particolare per anziani e disabili - le Aziende per i servizi sanitari devono garantire la corretta erogazione dell'assistenza sanitaria ed il controllo della qualità del progetto personalizzato.
La Regione disciplinerà le modalità ed i criteri per la definizione dei progetti personalizzati [art. 14 comma 3 LR 23/2004] nonché gli strumenti valutativi multidimensionali per area di intervento.

9.1.3 Il coordinatore dei casi (Case manager)

Per facilitare il presidio dei percorsi assistenziali e l'attivazione dei progetti personalizzati dovrà essere introdotta e valorizzata la funzione del *coordinatore del caso*, fermo restando che la responsabilità sanitaria rimane di competenza del medico di medicina generale. Il coordinatore del caso viene individuato, sulla base di criteri condivisi (scelta del cittadino, prevalenza dell'intervento e/o altro), tra gli operatori che compongono l'Unità multiprofessionale. La sua funzione è di supportare l'utente nella gestione di tutti gli aspetti organizzativi associati alla permanenza della persona nei diversi nodi della rete dei servizi ed in particolare nel trasferimento da un servizio all'altro. In alcune situazioni il coordinatore del caso può anche essere inteso come *tutor* del cittadino che non è in grado direttamente o attraverso una risorsa familiare di interfacciarsi con la rete complessiva dell'offerta.
L'operatore identificato come coordinatore del caso deve garantire la personalizzazione del rapporto ed il rispetto della dignità della persona durante tutto il percorso assistenziale, svolgendo il ruolo di mediatore tra i vari professionisti coinvolti e il cittadino e provvedendo al monitoraggio del percorso previsto.
E' richiesta al coordinatore del caso una conoscenza approfondita delle reti sociali e la capacità di facilitare l'accesso alle risorse del sistema sociosanitario appropriate ai diversi bisogni della persona presa in carico. In tal modo il coordinatore del caso rappresenta un punto di sintesi dei servizi e nel contempo si pone anche come "sostenitore di reti".

9.1.4 Il punto unico di accesso

Al fine di garantire ai cittadini - nella prospettiva di un progetto personalizzato condiviso e fermo restando il principio di libera scelta - una risposta rapida alle loro esigenze e richieste di servizi, si prevede che nell'ambito della Programmazione locale PAT/PDZ vengano istituiti dei punti unici di accesso ai servizi.

La necessità di creare un punto unico di accesso risponde all'esigenza primaria dei cittadini di:

- avere informazioni complete in merito ai diritti, alle prestazioni, alle modalità di accesso ai servizi;
- ottenere risposte alle proprie richieste, senza dispersione di tempo e di energie e senza sovrapposizione dei compiti e ruoli da parte delle strutture pubbliche;
- essere a conoscenza delle risorse di carattere sociosanitario disponibili nel territorio, utili per affrontare esigenze personali e familiari nelle diverse fasi di vita;
- essere orientati sull'utilizzo e le caratteristiche dei servizi sociosanitari erogati.

Il punto unico di accesso rappresenta non tanto un unico luogo fisico al quale gli utenti possono rivolgersi, ma la strutturazione integrata tra tutti i punti di contatto e di accesso dei cittadini presenti sul territorio. In questo senso, il punto unico di accesso concorre all'effettiva costruzione di un sistema a rete, articolato nel territorio che realizza l'unicità dell'accesso.

Strettamente connessa al punto di accesso unico del sistema dei servizi sociosanitari, è la funzione di segretariato sociale del Servizio Sociale dei Comuni, che rappresenta il raccordo organizzativo indispensabile alla connessione integrata degli interventi tramite il coordinamento in rete di essi e la strutturazione di banche dati per l'analisi della domanda.

Occorre pertanto che il Direttore di distretto (supportato dall'UCAD, nonché da altri referenti di distretto), individui insieme al Responsabile di SSC le situazioni più idonee per unificare l'accesso al sistema dei servizi sociosanitari attraverso l'elaborazione e la sottoscrizione di indicazioni e procedure.

10 Attività di supporto

La Direzione centrale salute e protezione sociale per sostenere i distretti nella fase di avvio dei PAT, per agevolare le forme di collaborazione, per garantire il necessario livello di omogeneità al processo e alla struttura dello stesso documento programmatorio, garantirà un supporto per l'accompagnamento dei processi locali di pianificazione sanitaria, nonché sociosanitaria integrata, anche avvalendosi di operatori dell'Agenzia regionale della sanità. Per agevolare l'elaborazione e la stesura dei PAT verranno assicurati incontri periodici con tutti i soggetti coinvolti.

Contestualmente saranno prodotti almeno i seguenti strumenti operativi e metodologici:

- indice del PAT;
- set di indicatori sanitari e sociosanitari per la rilevazione del bisogno;
- schede per la rilevazione dell'offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali;
- scheda progetto relativa alle attività sanitarie. Per le attività integrate, invece, si deve fare riferimento alla scheda progetto/servizio/intervento che accompagna le Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona (Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona, allegato n. 2);
- scheda per la definizione delle risorse e delle modalità organizzative del distretto;
- scheda finanziaria.

Per quanto concerne la rilevazione del sistema di offerta locale delle attività integrate, la Direzione centrale salute e protezione sociale si impegna a fornire apposite griglie comuni tanto per il PAT quanto per il PDZ (cfr. paragrafo 4.7 del presente documento). Sarà inoltre predisposto un documento che definisce nel dettaglio il percorso temporale e procedurale della programmazione generale e di quella integrata.

Per la predisposizione delle basi informative di natura epidemiologica ed economica necessarie per la definizione del PAT, oltre al supporto che gli uffici di staff della direzione aziendale devono garantire ai distretti, sarà realizzato un sistema di reportistica delle conoscenze in possesso del sistema informativo sanitario.

La Direzione centrale salute e protezione sociale assicurerà la possibilità di interscambio di informazioni, problematiche ed esperienze tra i diversi territori ed il supporto per garantire coerenza tra gli strumenti di pianificazione regionale ed i documenti di programmazione territoriale, nonché la congruità con gli atti aziendali.

VISTO: IL PRESIDENTE: ILLY

VISTO: IL SEGRETARIO GENERALE: BELLAROSA

Allegato B

Linee guida per la predisposizione del Piano di Zona (PDZ)

Indice

8. *Modalità di elaborazione congiunta PAT/PDZ*

9. *La programmazione nelle aree sociosanitarie*

9.1 Obiettivi strategici di sistema

9.1.1 Lo sviluppo e la riqualificazione delle Unità multiprofessionali

9.1.2 Il progetto personalizzato

9.1.3 Il coordinatore dei casi (Case manager)

9.1.4 Il punto unico di accesso

Allegati:

ALLEGATO N 1	Indice del PDZ
ALLEGATO N 2	Schede progetto/servizio/intervento
ALLEGATO N 3	Scheda finanziaria del PDZ
ALLEGATO N 4	Schede di rilevazione della spesa storica

PREMESSA

L'articolo 7 della legge regionale 17 agosto 2004 n. 23 individua nel Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali e nel Piano sanitario e sociosanitario regionale gli strumenti della programmazione regionale e richiama il Programma di attività territoriali (PAT) e il Piano di zona (PDZ) quali strumenti di programmazione locale, rispettivamente del sistema sanitario e socio-sanitario e del sistema sociale. Inoltre il comma 2 del medesimo articolo prevede che la Regione adotti apposite Linee guida per la predisposizione dei PAT e, per quanto qui in particolare interessa, dei PDZ. Tali atti devono inoltre individuare le modalità di elaborazione congiunta per gli aspetti relativi alle attività sociosanitarie integrate.

In attesa della predisposizione dei Piani regionali, le presenti Linee guida per la predisposizione dei piani di zona rappresentano dunque un primo insieme di regole ed indicazioni ed hanno la finalità:

- **di sostenere ed orientare gli Enti locali nella fase di avvio della programmazione locale tramite lo strumento dei Piani di Zona;**
- **di promuovere forme di responsabilizzazione dei diversi attori istituzionali, sociali e dei singoli cittadini rispetto ai processi di costruzione condivisa delle politiche sociali territoriali;**
- **di garantire il necessario livello di omogeneità del sistema locale degli interventi e dei servizi sociali su tutto il territorio regionale.**

Le modificazioni intervenute negli ultimi decenni all'assetto socioeconomico della comunità regionale postulano un riordino complessivo dell'attuale sistema del welfare regionale. Tale riordino appare ancor più necessario e urgente a seguito delle innovazioni introdotte al Titolo V della Costituzione dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 , che richiedono:

- **un adeguamento e completamento del quadro normativo regionale** in materia sociale (definizione del processo per l'accreditamento, definizione concorso utenti al costo prestazioni, definizione tariffe, testo organico...);
- **una più compiuta programmazione regionale** nel settore delle politiche sociali così come prefigurata dalla legge 8 novembre 2000, n. 328 anche attraverso un raccordo delle diverse politiche afferenti la qualità della vita dei cittadini;

- **una ridefinizione dei criteri di finanziamento** della rete complessiva di interventi e servizi sociali e sociosanitari. Tale ridefinizione dovrà comunque progressivamente armonizzarsi in ambito regionale con la futura determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali.

Il presente documento si inserisce dunque in una fase che può definirsi di transizione da un sistema di welfare ad un altro. Considerate pertanto le risorse (norme, programmi, progetti, atti di indirizzo..) e i vincoli, si è effettuata la scelta **di intervenire in questo primo triennio di avvio dei piani di zona sull'assetto istituzionale e organizzativo del sistema**, dando per scontato che la normativa nazionale e regionale, pur con limiti di settorialità e frammentarietà, rappresenta comunque una base per affrontare le tradizionali aree di bisogno che caratterizzano le politiche sociali (anziani, minori, disabili, ecc.) e che queste potranno essere più opportunamente ridefinite nel futuro Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali. Oggi sembra più utile impegnarsi per attrezzare il sistema degli enti locali e le stesse comunità locali perché possano corrispondere alle sfide della programmazione degli interventi e dei servizi sociali, della loro realizzazione e successiva valutazione nella nuova ottica di welfare comunitario.

Le presenti **Linee guida rappresentano dunque l'avvio di un processo pianificatorio regionale che vede nella definizione dei PDZ territoriali la realizzazione di una prima fase strategica.** Va peraltro ribadito che il PDZ stesso non può essere inteso come un documento statico e definitivo, ma , configurandosi come un processo dinamico di sviluppo della comunità, ne deve seguire le dinamiche e le evoluzioni.

Va quindi indicata la scelta, anche attraverso progetti sperimentali e innovativi, del **metodo incrementale** che assegna al PDZ una funzione di indirizzo e di governo del sistema integrato di comunità, da ridefinire continuamente con la collaborazione di tutti gli attori coinvolti e che privilegia in modo innovativo la dimensione interattiva della decisione.

Nella predisposizione dei PDZ i diversi soggetti attivi coinvolti dovranno tenere conto della normativa vigente e degli atti regionali di programmazione esistenti in materia, nonché attingere dalla positiva esperienza realizzata nella pianificazione degli interventi nell'area dell'infanzia e dell'adolescenza in attuazione della legge 28 agosto 1997, n. 285.

Va infine ribadito che il PDZ, strumento per favorire l'ideazione, la programmazione e la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali a livello locale, dovrà essere costruito secondo **i principi di responsabilità, solidarietà e sussidiarietà e** dovrà

garantire un sistema efficace, efficiente e adeguato, capace di produrre **promozione, prevenzione, cura, tutela e inclusione sociale.**

Il PDZ, in quanto occasione e mezzo per realizzare la programmazione sociale in una determinata area territoriale (ambito/distretto), deve ricercare e sviluppare con riferimento al livello intra ed inter comunale politiche associate e integrate, che non si risolvano nella semplice sommatoria di interventi e di scelte fatte dai singoli Comuni. Il PDZ dunque, facendo propria la visione strategica che considera il territorio e l'insieme delle risorse sociali, in una prospettiva di sviluppo integrato, deve configurarsi come un vero e proprio **"piano regolatore"** del sistema dei servizi alla persona.

In quest'ottica vanno intese le presenti Linee guida che, nel rispetto delle autonomie locali, si propongono di ricomporre le diversità in un quadro unitario di rilancio delle politiche sociali a livello regionale.

Al fine di favorire il raggiungimento delle finalità delle presenti Linee guida si allegano i seguenti strumenti di lavoro:

- **indice del PDZ**;
- **schede progetto/servizio/intervento**;
- **schede finanziarie del PDZ**;
- **schede di rilevazione della spesa storica**.

1. IL CONTESTO ATTUALE

La Regione Friuli Venezia Giulia, utilizzando i poteri di autonomia ad essa conferiti dalla Costituzione prima della riforma del Titolo V, ha da tempo definito l'assetto istituzionale ed organizzativo del proprio sistema integrato degli interventi e servizi sociali, anticipando, per molti aspetti, quanto indicato dalla L 328/00.

È sicuramente la legge regionale 10 maggio 1988 n. 33 "Piano Socio-Assistenziale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia" che, specificatamente, contrassegna tale assetto; successive ulteriori disposizioni hanno contribuito a meglio definire il relativo impianto istituzionale che riconosce ai Comuni e alle relative forme associative la centralità nel governo del sistema integrato.

In particolare l'indicazione dell'articolo 8 comma 3 lett. a della L 328/00, che prevede l'individuazione degli ambiti territoriali più adeguati per la gestione unitaria del sistema locale di interventi e servizi sociali , è nella nostra Regione ormai una realtà consolidata, che non va rimessa in discussione se non per adottare azioni di consolidamento e sviluppo.

Sotto il profilo dell'assetto istituzionale ed organizzativo la vigente legislazione regionale definisce inoltre:

- l'organo di governo del sistema locale - individuandone i compiti - nell'Assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale , (legge regionale 19 novembre 1996, n. 49, art. 40 come da ultimo sostituito dall'art. 6 della LR 23/04.);
- le funzioni e l'organizzazione del Servizio Sociale dei Comuni (SSC) (LR 33/88, LR 49/96 e successive modificazioni);
- le modalità per l'individuazione dell' Ente gestore del Servizio stesso (LR 49/96 e successive modificazioni, art. 41bis)
- la funzione di Coordinamento tecnico-amministrativo del SSC (LR 49/96 e successive modificazioni, art. 41bis);
- le figure apicali e tecniche centrali del sistema rispettivamente nel responsabile preposto al coordinamento tecnico-amministrativo del SSC di cui all'articolo 41bis, comma 3, della LR 49/96, (Responsabile del SSC) e nei Coordinatori delle equipe (LR 49/96, art. 41quater);

- la previsione della dotazione organica aggiuntiva a quella del Comune capofila (LR 49/96 e successive modificazioni, art. 41bis), che, assieme alla istituzione della pianta organica aggiuntiva da costituirsi presso l'ASS in caso di delega gestionale, permette di inserire tutto il personale attribuito al SSC in un "unico contenitore";
- l'articolazione del sistema locale degli interventi e dei servizi sociali su due livelli organizzativi: un primo livello, definito dai servizi e dalle prestazioni socio-assistenziali di base ed un secondo livello, composto invece dai servizi e dalle strutture di area territoriale più vasta (coincidente di norma con il territorio di competenza delle ASS o della Provincia);
- la coincidenza dell'ambito territoriale relativo al primo livello con l'area territoriale su cui insiste il distretto sanitario, elemento strategico con riferimento ai processi di integrazione socio-sanitaria.

Il Piano socio-assistenziale regionale (LR 33/88) è stato negli anni 90 implementato da ulteriori leggi regionali di settore che, per gli obiettivi, i principi e le soluzione innovative previste, possono essere considerate ancora attuali e delle quali si auspica anzi una completa applicazione all'interno della programmazione locale.

In particolare vanno qui ricordate due leggi: la legge regionale 25 settembre 1996, n.41, relativa al settore della disabilità e la legge regionale 19 maggio 1998 n. 10, relativa all'area degli anziani, che in sostanza:

- promuovono una offerta di servizi orientata a riconoscere alla persona un ruolo centrale e a favorirne la permanenza nel proprio nucleo familiare;
- individuano misure di sostegno alla persona e alla famiglia;
- definiscono quale perno del sistema il progetto assistenziale personalizzato;
- attivano sedi di valutazione del bisogno integrate tra il sistema dei servizi sociali e i servizi sanitari (UVD e/o équipe multidisciplinare per l'handicap);
- prevedono azioni volte a garantire la continuità assistenziale.

Va inoltre in questo contesto ricordata la metodologia adottata nella predisposizione dei Piani triennali ex lege 285/97 che può, con i necessari adeguamenti, rappresentare una buona base di partenza metodologica per la costruzione dei PDZ.

Con riferimento alle diverse aree di intervento si confermano gli obiettivi e gli indirizzi già presenti nei diversi atti di programmazione che la Regione ha emanato negli ultimi anni.

AREA MINORI E FAMIGLIA (LR 49/93; LR 17/00; LR 20/04, art. 21; DGR 1891/02, allegato C, scheda 3, obiettivo 2; DGR 399/04, cap. 3.3)

- realizzare azioni positive inerenti la promozione dei diritti dei minori;
- sostenere e valorizzare le funzioni genitoriali;
- sostegno alla positiva relazione genitori-figli;
- realizzare interventi di sostegno socio educativo ai nuclei familiari a rischio sociale, per consentire la permanenza del minore nell'ambito della famiglia;
- favorire percorsi professionali adeguati per la gestione dei processi di affido e di adozioni;
- garantire azioni di presa in carico dell'abuso e del maltrattamento;
- promuovere e sostenere la realizzazione di centri antiviolenza;
- predisporre interventi socio educativi in grado di affrontare i bisogni peculiari dell'adolescenza;
- predisporre servizi volti a valorizzare la partecipazione dei minori ad esperienze aggregative ed educative;
- predisporre specifici progetti a favore dei minori stranieri non accompagnati;
- favorire interventi riabilitativi ed alternativi alla pena per i minori coinvolti dall'ambito penale;
- definire progetti congiunti, dal lato educativo, con le istituzioni scolastiche, con riferimento particolare alle realtà di maggior disagio sociale.

AREA DISABILITA' (LR 17/94; LR 41/96; DGR 1507/97; DGR 655/99; DGR 399/04; DGR 2831/02; DGR 4194/02)

- prevedere forme di sostegno psico-sociale alle famiglie dei soggetti con disabilità;
- favorire la vita indipendente nei suoi diversi aspetti (abitativi, relazionali, sociali, lavorativi), anche mediante azioni finalizzate all'attivazione delle diverse risorse territoriali;
- favorire l'avvio di percorsi di accompagnamento delle famiglie e dei soggetti con disabilità per il "dopo di noi";
- prevedere lo sviluppo dei servizi di aiuto personale;

- prevedere interventi di sollievo per affiancare o temporaneamente sostituire i familiari più impegnati nel lavoro di cura;
- incentivare le azioni finalizzate al positivo inserimento scolastico (azioni di supporto assistenziale/educativo);
- favorire articolate risposte (strutturali, mediante veicoli attrezzati, accompagnamento) per migliorare la mobilità dei soggetti con gravi menomazioni fisiche o sensoriali;
- qualificare la rete dei servizi (diurni e residenziali) prevedendo modalità articolate di risposta educativo professionale in relazione alle varie caratteristiche dei soggetti utenti dei servizi;
- perseguire la completa deistituzionalizzazione delle persone disabili, evitando percorsi di istituzionalizzazione mascherata.

AREA ANZIANI (LR 26/96; LR 10/98; LR 3/02 (art. 5, c. 30); LR 19/04 (art. 3, c. 4); LR 24/04; DGR 688/99; DGR 1891/02; D.P.Reg. 0126/02; D.P.Reg. 0302/02; D.P.Reg. 034/03

- prevenire il rischio di perdita dell'autonomia e dell'autosufficienza in tutti i contesti di vita dell'anziano (domicilio, casa di riposo...);
- favorire la permanenza dell'anziano nel proprio contesto familiare e sociale, prevedendo anche azioni di deistituzionalizzazione ;
- adeguare l'offerta di servizi e strutture, in particolare per i non autosufficienti;
- attuare interventi che assicurino all'anziano e alla sua famiglia, nell'ambito di adeguate relazioni con le istituzioni, un pieno coinvolgimento nelle forme di assistenza, con la garanzia del rispetto del diritto di libera scelta;
- valorizzare il ruolo della famiglia come luogo privilegiato di accoglienza, cura e recupero;
- integrare gli interventi di tipo socioassistenziale e sociosanitario con quelli nei settori della casa, dei trasporti, delle attività turistico-ricreative, della cultura e della formazione, al fine di favorire la promozione sociale della persona anziana e di prevenire il rischio di emarginazione;
- qualificare le prestazioni da attuarsi mediante l'adozione e la diffusione di adeguate metodologie integrate di valutazione e programmazione assistenziale personalizzata, nonché attraverso l'utilizzo di modelli operativi favorenti, specie nelle strutture di accoglimento, il processo di umanizzazione delle prestazioni;

- potenziare ed ampliare gli interventi di assistenza domiciliare, aumentare l'offerta di centri diurni;
- istituire servizi di ascolto ed informazione per gli anziani ed i parenti che li accudiscono;
- valorizzare le iniziative di auto e mutuo aiuto tra anziani e famiglie degli stessi;
- prevedere interventi di sollievo per affiancare o temporaneamente sostituire i familiari più impegnati nel lavoro di cura.

AREA DIPENDENZE (LR 57/82; DGR 4021/99; DGR 3178/02)

- incrementare le azioni di prevenzione, da realizzarsi nei diversi ambiti di vita collettiva, incidendo efficacemente sugli stili di vita, specie con riferimento ai giovani adolescenti;
- sviluppare le azioni finalizzate al reinserimento sociale abitativo e lavorativo dei soggetti dipendenti da sostanze, anche in misure alternative alla detenzione;
- promuovere interventi di riqualificazione dei tessuti urbani, in particolar modo di quelli oggetto di processi di degrado, favorendo la promozione di positivi luoghi relazionali ed associativi;
- favorire la sperimentazione di nuove modalità di intervento, dal lato preventivo-educativo e da quello riabilitativo-inclusivo, tenendo conto della continua evoluzione delle diverse forme di dipendenza, in grado di intercettare bisogni e domande anche al di fuori dei tradizionali servizi;
- prevedere adeguate forme di sostegno e di accompagnamento ai soggetti dipendenti e alle loro famiglie, favorendo iniziative di incontro, socializzazione ed elaborazione delle reciproche esperienze.

AREA SALUTE MENTALE (LR 72/80; DGR 1331/99)

- favorire lo sviluppo di soluzioni abitative che favoriscano percorsi riabilitativi finalizzati all'autonomia e al reinserimento sociale;
- sviluppare le azioni finalizzate al reinserimento sociale, abitativo e lavorativo dei soggetti con disagio psichico;
- sostenere lo sviluppo di iniziative sociali, culturali, ricreative, favorenti l'inclusione sociale dei soggetti con disagio psichico, anche mediante la valorizzazione delle risorse locali non istituzionali;

- prevedere adeguate forme di sostegno e di accompagnamento ai soggetti con disagio psicnico e alle loro famiglie, favorendo iniziative di incontro, socializzazione ed elaborazione delle reciproche esperienze.

AREA DISAGIO E MARGINALITA' SOCIALE (LR 33/88, art.22, comma 4; DGR 1891/02; LR 1/04, art. 3, comma 1):

- favorire la predisposizione di adeguate reti di accoglienza, che prevedano anche l'utilizzo di servizi a bassa soglia, in grado di assicurare, dopo l'ospitalità di emergenza, l'accompagnamento delle persone in condizioni di grave disagio e di povertà estrema (comprese le persone senza fissa dimora) verso forme di autonomia loro possibili;
- programmare azioni di prevenzione sociale ed economica nei confronti di singoli soggetti o di interi nuclei familiari, che, trovandosi in condizioni di significativa precarietà, abitativa, lavorativa, economica, relazionale, rischiano di accentuare in forma ancor più grave la propria condizione di marginalità sociale;
- prevedere interventi di sostegno a favore delle famiglie dei soggetti in esecuzione penale;
- favorire la realizzazione di interventi nei settori educativo, culturale, ricreativo, sportivo, finalizzati al miglioramento delle condizioni di vita dei detenuti, garantendo per i detenuti stranieri, forme di mediazione linguistica e culturale;
- promuovere azioni di inclusione lavorativa per i soggetti in esecuzione penale, anche mediante interventi di formazione professionale;
- sviluppare iniziative sociali finalizzate ad abbassare la conflittualità nelle comunità di vita, attraverso progetti di mediazione sociale e penale.

2. I PDZ PER UN NUOVO WELFARE REGIONALE

Il sistema regionale degli interventi e dei servizi sociali ha come obiettivo prioritario la promozione del benessere sociale, attraverso la realizzazione di politiche universalistiche rivolte alla generalità della popolazione e la contestuale previsione di elementi di selettività nell'accesso alla rete, per specifiche situazioni di bisogno.

Per concretizzare tali politiche il sistema deve essere adeguatamente sviluppato, superando le criticità attuali rappresentate, tra l'altro, da interventi settoriali e per categorie, spesso frammentati in capo a diverse strutture non coordinate, per giungere alla realizzazione di un sistema integrato di interventi e di servizi sociali, di una rete cioè che veda al centro la persona in quanto tale e nella sua dimensione relazionale. Tale sistema deve inoltre garantire il principio della libera scelta del cittadino nell'ambito di un condiviso progetto d'intervento personalizzato.

In questo contesto evolutivo i PDZ divengono uno strumento fondamentale per organizzare la crescita e il funzionamento integrato dei servizi alla persona, valorizzando il livello territoriale di programmazione. L'obiettivo è quello di favorire la formazione di sistemi locali di servizi fra loro integrati nei settori sanitario, sociale, educativo, del lavoro, della lotta all'esclusione etc., stimolando la solidarietà di comunità. E' necessario pertanto prevedere delle strategie che riconducano ad unitarietà le diverse politiche, i diversi interventi, le diverse responsabilità e le diverse competenze che concorrono alla costruzione di un efficace sistema di benessere a favore della popolazione.

Nei capitoli che seguono verranno esplicitati i percorsi strategici ed organizzativi che si ritiene possano facilitare la realizzazione di quanto affermato.

2.1 Principi e finalità del sistema

Il processo di pianificazione coinvolgente la comunità locale presuppone l'esplicitazione dei principi e delle finalità generali sulle quali basare le conseguenti azioni strategiche e professionali.

La Regione, assume come propri i principi generali e le finalità indicati all'articolo 1 della L 328/00.

Il sistema integrato di interventi e servizi sociali deve essere progettato e realizzato a livello locale:

- promuovendo la partecipazione attiva di tutti i membri della comunità locale;
- incoraggiando le esperienze e le risorse comunitarie esistenti;
- assicurando livelli essenziali di assistenza in tutte le realtà territoriali;
- potenziando i servizi alla persona;.
- riconoscendo la specificità di ciascuna problematica affrontata;
- favorendo la personalizzazione degli interventi;
- valorizzando le professioni sociali;
- valorizzando il sapere quotidiano;
- promuovendo la progettualità in favore delle famiglie;
- prevedendo un sistema allargato di governo, più vicino alle persone.

Vengono inoltre confermati i principi e le finalità di cui all'articolo 4 della LR 33/88 che hanno dato significato, nella nostra Regione, al riconoscimento dei diritti sociali e di cittadinanza:

- il rispetto della persona e della sua dignità civile ed umana e con riferimento all'intera esistenza;
- il riconoscimento del valore e del ruolo della famiglia, quale ambito di relazioni significative per la crescita, lo sviluppo e la cura della persona;
- la valorizzazione della comunità locale, intesa come sistema di relazioni tra le istituzioni, le persone, le famiglie, le organizzazioni sociali, ognuno impegnato, per le proprie competenze e responsabilità, per la promozione di una convivenza solidale e pacifica;
- la promozione degli interventi di prevenzione verso le condizioni di ordine economico, ambientale, sociale e culturale, causa di situazioni di bisogno ed emarginazione;
- la fruibilità delle prestazioni, dei servizi e delle strutture, secondo modalità che garantiscano la libertà personale, l'uguaglianza di trattamento a parità di bisogno e la garanzia di interventi diversificati in relazione a specifiche esigenze personali e/o familiari;
- la promozione della partecipazione attiva dei cittadini e delle organizzazioni di rappresentanza sociale e di tutela degli utenti, assicurando nel contempo la più ampia informazione relativamente alle scelte strategiche e gestionali, operate dalla Regione e dalle altre istituzioni presenti nel territorio regionale.

La normativa vigente nella regione Friuli Venezia Giulia e l'accoglimento dei principi informatori della L 328/00 determinano il rafforzamento dell'obiettivo di realizzazione, sia pure in forma progressiva, in tutto il territorio regionale, di un welfare in cui l'esplicitazione dei diritti sociali sia accompagnata dalla reale esigibilità delle prestazioni e dei servizi cui tali diritti fanno riferimento. La dimensione territoriale degli investimenti nel settore dei servizi e degli interventi sociali, previsti nel PDZ, è in questo senso a garanzia della reale fruibilità dei diritti suindicati.

Per tali considerazioni il processo da avviare per la realizzazione di una adeguata pianificazione locale deve proiettarsi verso un welfare universalistico che si qualifichi come:

- integrato, con riferimento alle politiche, agli assetti organizzativi, agli interventi nei settori di welfare a diverso titolo afferenti la sfera del benessere sociale;
- unitario, tra i Comuni del medesimo ambito distrettuale e con riferimento all'intera dimensione regionale;
- partecipato, da parte dei diversi soggetti individuati dalla L 328/00;
- concertato, tra i diversi attori che condividono gli obiettivi della programmazione locale e che si assumono l'impegno di realizzarli;
- contestualizzato, per garantire maggior coerenza tra le scelte che il Piano assume e le specifiche caratteristiche della realtà territoriale di riferimento, sul versante dei bisogni, delle risorse, dei profili solidaristici, delle vocazioni locali;
- compatibile, nel rapporto tra le scelte effettuate e le risorse disponibili e attivabili;
- verificabile e valutabile, sotto il profilo dei risultati raggiunti e degli obiettivi stabiliti;
- pubblico (reso noto), tramite un'attività specifica di informazione alla popolazione;
- equo ed efficace nell'accesso e nell'offerta delle prestazioni.

2.2 I soggetti coinvolti nella programmazione locale

La realizzazione del sistema integrato regionale degli interventi e dei servizi sociali spetta ai Comuni, alla Regione e alle Province che, nell'ambito delle rispettive competenze danno attuazione al principio di sussidiarietà orizzontale riconoscendo e valorizzando il ruolo dei soggetti del terzo settore.

La costruzione di un PDZ richiede, anche nella nostra Regione, il passaggio da una prospettiva di government, intesa come funzione esclusiva dei soggetti pubblici, ad una

prospettiva di governance, intesa come attività di governo svolta attraverso la mobilitazione effettiva di vari soggetti per intraprendere azioni e politiche appropriate in un contesto sociale, economico, culturale e geografico, qual è quello del Friuli Venezia Giulia, non certo omogeneo al proprio interno.

2.2.1 I soggetti istituzionali

I **Comuni**, titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali a livello locale, si trovano al centro del sistema di protezione sociale: responsabili del governo dei servizi sociali territoriali, partecipano altresì alla programmazione regionale. In particolare va evidenziato il loro ruolo con riferimento alle funzioni programmatorie, promozionali, autorizzatorie, di vigilanza e di organizzazione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali.

Lo strumento principe attraverso il quale i Comuni – associati negli ambiti territoriali di cui alla LR 33/88 e successive modifiche e integrazioni - programmano, progettano e realizzano il sistema locale dei servizi e degli interventi sociali a rete, è il Piano di zona.

La **Regione** ha compiti di programmazione, coordinamento degli interventi sociali, sanitari e sociosanitari e di verifica della loro attuazione. Alla Regione spetta inoltre disciplinare l'integrazione degli interventi stessi e promuovere la collaborazione con gli enti locali

In particolare la Regione condivide con gli Enti locali la responsabilità della programmazione e attuazione degli interventi sociosanitari. Nell'ambito della predisposizione dei PDZ la responsabilità della Regione è esercitata tramite le ASS, che partecipano attivamente al processo programmatorio locale, garantendo tra l'altro il necessario raccordo con le strutture ospedaliere.

Infine va posto in evidenza che la Regione, con riferimento ai PDZ, intende svolgere un'azione di accompagnamento e di valutazione dei Piani di Zona sotto il profilo della congruità con i propri atti di pianificazione e con le relative linee di indirizzo, anche per una adeguata finalizzazione delle risorse da assegnare.

Le **Province** concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e all'attuazione dei PDZ con riferimento particolare alle materie di propria competenza (politiche attive del lavoro, cooperazione sociale, trasporti) e con risorse proprie. A tali aspetti si aggiungono le funzioni indicate dalla L 328/00 specie con riferimento alla conoscenza dei bisogni e delle risorse presenti nel territorio.

Si ricorda che l'articolo 12 (Piano di zona) della LR 23/04 stabilisce che oltre alle Aziende per i servizi sanitari ed alle Province, partecipino alla definizione del PDZ le Aziende pubbliche di servizi alla persona di cui alla legge regionale 11 dicembre 2003. n. 19.

Per quanto riguarda gli ulteriori **soggetti istituzionali** che agiscono nella rete dei servizi, si fa presente la necessità che le Amministrazioni periferiche dello Stato (scolastiche, della giustizia ecc.) partecipino, con proprie risorse, alle diverse fasi del processo di programmazione locale, tenuto conto delle loro competenze, per favorire forme di integrazione fra politiche sociali, sanitarie, educative, formative, del lavoro, culturali ed abitative su obiettivi condivisi.

2.2.2 I soggetti non istituzionali

Con riferimento ai soggetti non istituzionali sembra utile richiamare che la legge 328/00 pone tra i fondamenti delle politiche sociali l'impegno degli enti locali volto a riconoscere e agevolare "*il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*" (art. 1, comma 4).

La previsione normativa statale, ripresa anche da quella regionale, individua esplicitamente il volontariato e la più estesa area del no profit quali attori fondamentali nelle fasi di definizione e realizzazione delle politiche sociali.

Sembra importante a questo proposito richiamare l'articolo 16 della L 328/00 che, nel definire il ruolo peculiare delle famiglie all'interno della rete dei servizi, pone in evidenza come le stesse, unitamente alle singole persone e alla più ampia comunità di vita. non debbano essere considerate esclusivamente come destinatarie di interventi, ma quali soggetti attivi della politica sociale e risorsa per l'aiuto che possono esprimere alla soluzione delle eventuali difficoltà sociali. In questo senso vanno considerate come partners dei servizi.

La Regione Friuli Venezia Giulia intende valorizzare questa impostazione, peraltro presente anche nella legge regionale 15 maggio 2001, n. 15, articolo 3 (Sussidiarietà orizzontale)[1].

In tutte le fasi del processo di costruzione locale del sistema integrato dei servizi e interventi sociali, dovrà dunque essere favorito il coinvolgimento dei soggetti su richiamati.

La Regione infatti, pur ribadendo che la titolarità della funzione sociale pubblica è in capo agli enti pubblici territoriali, riconosce la capacità dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, della L 328/00 di condividere tale funzione, in quanto espressione della capacità autonoma di cittadini, famiglie, comunità, di responsabilizzarsi e di organizzarsi nell'affrontare e cercare di rispondere ai bisogni presenti nel proprio territorio. Questa capacità va promossa, sostenuta e valorizzata perché è l'elemento portante dello sviluppo della qualità sociale delle comunità locali.

La legislazione statale e regionale prevede altresì che alla gestione e all'offerta dei servizi possano provvedere anche "altri soggetti privati".

Inoltre, per quanto riguarda l'applicazione operativa del principio di sussidiarietà nella gestione di servizi finalizzati a garantire i livelli essenziali della funzione sociale pubblica, nelle more dell'emanazione da parte della regione di specifiche disposizioni normative - che dovranno tra l'altro prevedere un equo trattamento del personale nel rispetto dei contratti vigenti - i Piani di Zona possono prevedere nuove modalità di rapporto pubblico/privato, anche tramite la sperimentazione di idonee e innovative forme di gestione che non devono intendersi come meri strumenti tecnici, ma devono concretizzare un significato valoriale, esplicitando sempre il motivo della scelta effettuata.

---

[1] LR 15/01, art. 3 "La Regione, le Province e i Comuni, sulla base del principio di sussidiarietà e per lo svolgimento di attività di interesse generale, riconoscono il ruolo degli individui, delle famiglie, delle imprese e delle formazioni sociali e ne favoriscono l'autonoma iniziativa."

3. L'INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE

Come già indicato nelle premesse la Regione Friuli Venezia Giulia intende muoversi verso la realizzazione di un sistema sociale che superi l'ottica meramente "assistenziale" e "riparatrice" agendo attraverso politiche integrate volte a favorire la promozione del benessere sociale. La difficoltà dell'integrazione sta nel fatto che i diversi sistemi di servizi e azioni inerenti i diversi aspetti della vita della singola persona e della più ampia comunità si sono sviluppati in modo autonomo con scarsa possibilità di dialogo e integrazione. Si tratta ora di ricomporre un quadro che abbia al centro la persona con i suoi bisogni, potenzialità, diritti e doveri.

La strategia di riferimento è la scelta dell'integrazione delle politiche sociali, sia a livello regionale che locale. Le politiche socio assistenziali devono dunque integrarsi, a partire da un livello di programmazione regionale, con le diverse politiche che incidono sulla qualità della vita dei cittadini e sullo sviluppo sociale complessivo, quali le politiche per la casa e/o per l'abitazione, per la formazione e l'istruzione, per il lavoro e/o per l'inserimento lavorativo.

Più in generale per raggiungere l'obiettivo dell'integrazione delle politiche si deve agire su diversi piani:

- un piano culturale, che richiede azioni concrete per uscire dalla "settorialità" e dall'"autoreferenzialità" per affrontare i problemi in un'ottica globale, avendo come riferimento una adeguata valutazione dei bisogni, delle opportunità e delle risorse del singolo individuo e/o della collettività;
- un piano strategico operativo, che richiede delle azioni e dei progetti concreti tesi ad "attrezzare" tutte le componenti del sistema in modo che possano effettivamente corrispondere all'obiettivo di maggiore integrazione organizzativa e istituzionale (es. sottoscrizione di protocolli operativi, protocolli d'intesa ecc.).

Nel processo di costruzione del PDZ si deve pertanto tendere ad affrontare il tema dell'integrazione tra le diverse politiche partendo da una analisi dei bisogni/diritti che si intendono promuovere o garantire individuando le relazioni possibili tra i diversi sistemi ed organizzazioni nonché selezionando le misure e i modi operativi per concretizzare i necessari percorsi di integrazione.

In questo contesto sembra utile prevedere un percorso di analisi delle buone pratiche e di valutazione delle esperienze già in corso (ci si riferisce in particolare ai progetti europei per i quali l'integrazione è condizione prima per accedere ai relativi finanziamenti) e

individuare le ulteriori azioni atte ad avviare effettive forme di integrazione fra le politiche sociali, sanitarie, educative e formative, abitative, del lavoro e culturali.

E' utile in questa fase ricordare come nel processo programmatorio richiesto dai PDZ debbano essere prese in considerazione ed esplicitate tutte e tre le fasi dell'integrazione: istituzionale, gestionale, professionale. Di ogni fase si devono far carico tutti gli attori del sistema.

Un approfondimento specifico richiedono l'integrazione sociosanitaria e socio educativa in quanto maggiormente sviluppate sia dal punto di vista normativo che nella prassi applicativa a livello regionale.

3.1 Integrazione sociosanitaria

Con riferimento ai processi di integrazione sociosanitaria, si evidenzia che la normativa regionale individua nell'implementazione di tali processi l'elemento strategico caratterizzante il complesso della rete dei servizi alla persona in ambito regionale e questo in sintonia con le indicazioni date dalla normativa e dagli atti di programmazione statale.

Per il perseguimento della finalità dell'integrazione delle politiche sociali con le politiche sanitarie la LR 23/04 ridefinisce gli strumenti della programmazione ai diversi livelli e ne introduce di nuovi, assegna maggiori compiti ai diversi organi di rappresentanza degli Enti locali, riconosce nuove responsabilità ai distretti e ai SSC, avvia processi di integrazione sociosanitaria.

La legge citata assicura inoltre maggiori e più efficaci strumenti in tema di integrazione sociosanitaria ed effettua un primo significativo raccordo con il settore sociale sia riformulando quanto positivamente anticipato dal titolo VI della LR 49/96, sia innovando aspetti presenti nella LR 33/88. I SSC e i distretti acquistano maggiore importanza e divengono i luoghi dove si manifestano con maggior forza i principi dell'integrazione e della continuità assistenziale.

In proposito va rilevato che pur in presenza di una diversificata applicazione nel territorio regionale dell'integrazione sociosanitaria (dovuta ad una pluralità di motivazioni di ordine culturale, istituzionale, politico e gestionale) si riscontrano significative e diffuse esperienze operative di collaborazione e raccordo tra il distretto sanitario ed il SSC, specie con riferimento alle aree di intervento inerenti il "materno-infantile", "gli anziani" e "i soggetti con disabilità".

Il tema complessivo della integrazione dovrà comunque ricevere un significativo rilancio con l'avvio in forma interconnessa, nei diversi ambiti distrettuali dei PDZ e dei PAT come definiti nella su citata LR 23/04.

3.2 Integrazione socioeducativa, dell'istruzione, delle politiche giovanili.

Nell'ottica della promozione di benessere nella comunità è indispensabile una pianificazione congiunta tra sistemi di servizi fra di loro correlati, nei contesti educativi afferenti agli Enti Locali e alle istituzioni scolastiche (asili nido, scuole materne, interventi di animazione territoriale, gestione parchi gioco, punti verdi, scuole di ogni ordine e grado etc.).

In questi contesti, più che in altri, è necessario sviluppare azioni unitarie che favoriscano la promozione di un armonico sviluppo dei soggetti in età evolutiva

L'esperienza maturata nel territorio regionale grazie alla L 285/97, in particolare nella promozione e realizzazione di interventi e servizi "per tutti" (principio di universalità), in grado di accogliere nella "normalità" anche i minori in situazione di disagio (inclusione sociale) attraverso gli strumenti più adeguati, ha evidenziato l'importanza degli interventi educativi e dei servizi dell'area pedagogica ed educativa.

La DGR 1891/02, nel dare i primi indirizzi attuativi dei principi della L 328/00, prevede la promozione di progetti capaci di affrontare in modo integrato aree di disagio relativo alla non autosufficienza e alle problematiche connesse all'infanzia e all'adolescenza. Si rivolge anche alla "normalità" orientando gli interventi all'accompagnamento e al sostegno di singoli soggetti e famiglie attraverso la promozione delle capacità individuali e delle risorse familiari.

Altresì, come si evince dalle diverse esperienze effettuate nel territorio regionale, l'intervento educativo non è esclusivamente riconducibile all'infanzia e all'adolescenza, ma può comprendere anche altri soggetti, adulti e anziani, che si trovano nella necessità di ripensare e di riorientare il proprio stile di vita (in proposito si segnalano le esperienze di "scuola territoriale della salute" e di "laboratori per le famiglie" presenti – a livello di ambito distrettuale - nel territorio della regione).

Dal lato metodologico è indispensabile, nella fase preliminare della programmazione locale, rilevare, al fine della successiva esplicitazione nel PDZ, l'insieme delle risorse presenti nonché degli interventi attivati in ambito socio-educativo. E' importante altresì rilevare gli strumenti di programmazione dei diversi soggetti che intervengono in questa materia (es. Scuola: Piano Offerta Formativa), per favorire un loro raccordo nel contesto della più ampia pianificazione di zona.

4. I SERVIZI E LE PRESTAZIONI ESSENZIALI

La L 328/00 ha creato i presupposti per una definizione dei diritti sociali esigibili, problematica questa non ancora risolta in quanto lo Stato, cui spetta definire i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, non ha ancora legiferato in merito, ritardando di fatto la conseguente definizione, da parte delle Regioni dei predetti livelli a favore della rispettiva popolazione.

Vanno in ogni caso ribadite le garanzie prestazionali indicate, anche se in forma generica, dall'articolo 22 della L 328/00:

- misure di contrasto alla povertà;
- misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio;
- interventi di sostegno ai minori e ai nuclei familiari anche attraverso l'affido e l'accoglienza in strutture comunitarie;
- misure per sostenere le responsabilità familiari;
- misure di sostegno alle donne in difficoltà;
- interventi per l'integrazione sociale delle persone disabili, ivi compresa la dotazione di centri socio-riabilitativi, di comunità alloggio e di accoglienza;
- interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, nonché la socializzazione e l'accoglienza presso strutture residenziali e semiresidenziali;
- prestazioni socio-educative per soggetti dipendenti;
- informazione e consulenza alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e l'auto-aiuto.

Il medesimo articolo 22 indica inoltre le prestazioni che devono essere erogate in ciascun ambito distrettuale, e più precisamente:

- servizio sociale professionale e segretariato sociale;
- servizi di pronto intervento;
- assistenza domiciliare;
- strutture residenziali e semiresidenziali;

- centri di accoglienza.

Le prime tre tipologie di questo ultimo elenco sono, nella programmazione regionale, funzioni proprie del Servizio Sociale dei Comuni ed hanno come riferimento territoriale l'ambito socio-assistenziale coincidente con il distretto; per le rimanenti, invece, il riferimento territoriale può superare la dimensione dell'ambito.

Con riferimento ai servizi inerenti un territorio comprendente più ambiti di SSC, va precisato che la definizione delle scelte organizzative relative ai servizi stessi, deve essere effettuata in sintonia con quanto indicato dai PDZ dei territori di riferimento (vedi anche infra § 6.3 Contenuti del PDZ).

In particolare per quanto riguarda i servizi di cui all'articolo 6, comma 1, lett. e), f), g) e h) della LR 41/96, realizzati con le modalità di cui al comma 2, lett. b) del medesimo articolo, appare opportuno che la loro programmazione, organizzazione e gestione siano congruenti con le scelte della pianificazione zonale.

Va segnalato che l'erogazione di adeguate prestazioni relative al "pronto intervento sociale" dovrà trovare attuazione a seguito di attente valutazioni professionali insieme alla ricerca delle soluzioni più efficaci di accoglienza per i soggetti in difficoltà.

Non compiutamente omogenea, nell'insieme delle diverse macro aree territoriali - ASS o Provincia - individuate come riferimento dalla programmazione regionale per questa tipologia di intervento, si presenta inoltre la presenza di strutture di accoglienza diurna e residenziale per le più diverse situazioni (minori, anziani, persone con disabilità, soggetti con problematiche psichiatriche o connesse a dipendenza da sostanze, etc).

Tra le prestazioni rivolte alla generalità della popolazione, risultano ancora problematiche quelle dirette a fornire informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari (funzione del segretariato, sportello, porta d'accesso.....). Su tale aspetto si ritiene importante ricordare che la Regione ha destinato una quota del fondo sociale nazionale 2001 e 2002 per sostenere specifici progetti per la realizzazione di attività di informazione alle famiglie nei 19 ambiti di SSC.

E' comunque opportuno che i PDZ indichino i livelli prestazionali garantiti a favore della popolazione presente nel territorio di riferimento. La rilevazione di detti elementi sarà altresì utile per la definizione che la Regione dovrà effettuare su tale tematica.

Aree di intervento

Nella nostra realtà territoriale, quanto esposto va riferito alle seguenti aree d'intervento:

rispetto all'utenza:

- minori e famiglia;
- anziani;
- disabilità;
- dipendenze e salute mentale;
- disagio e marginalità sociale;
- altro (ove la specificità territoriale lo richieda, possono essere individuate ulteriori aree di utenza).

rispetto alle attività:

- azioni di sistema (cfr. § 7 - obiettivo 1 e obiettivo 2).

5. IL SISTEMA INFORMATIVO DEI SERVIZI SOCIALI.

Tuttora critico appare il sistema informativo regionale inerente i servizi sociali: isolate esperienze realizzate in alcuni ambiti territoriali, evidenziano il più complessivo ritardo nell'attivazione e nel governo di tale importante strumento organizzativo, che non va inteso come semplice "raccolta di dati", ma implica una riflessione sugli obiettivi, sull'architettura dell'organizzazione e sulle relazioni tra i suoi attori. Tale carenza ha conseguenze negative sulla qualità del lavoro delle équipes operative che hanno diretta relazione con i cittadini, sugli scambi comunicativi tra i diversi livelli decisionali interni all'Ente gestore dei servizi, sulla capacità di conoscenza dei fenomeni sociali e dei bisogni dei cittadini e, infine, sulla produzione di elaborazioni utili per monitorare il funzionamento dei servizi e la soddisfazione degli utenti, con possibilità di confronto della realtà locale con quella regionale, nazionale ed eventualmente europea, in termini di efficacia ed adeguatezza del sistema di offerta socio-assistenziale.

Quanto realizzato, in sede regionale oltre che locale, per quanto riguarda la metodologia informativa inerente l'attuazione delle leggi 285/97 e 23 dicembre 1997, n. 451 pone in risalto la possibilità di una estensione di tale metodologia all'insieme delle problematiche sociali ed assistenziali e con riferimento agli aspetti organizzativi del sistema dei servizi nelle sue diverse articolazioni.

La Regione intende proseguire nel processo di informatizzazione del Servizio Sociale dei Comuni. La "cartella sociale informatizzata", dovrà essere adottata dal SSC, quale strumento che consentirà di disporre tempestivamente di dati relativi all'utenza (numero e tipologia), agli interventi erogati (prestazioni professionali, progetti individuali) e ai costi (per tipologia di intervento, assistenza economica compresa). Al fine di semplificare l'utilizzo della "cartella sociale informatizzata" la Regione concorderà con i SSC un set minimo di dati da rilevare.

Il sistema informativo, attraverso periodici reports, avrà la funzione di:

- informare gli amministratori locali;
- favorire lo scambio di informazioni fra unità operative interne ed esterne alla struttura gestionale;
- consentire adeguate valutazioni da parte degli operatori;

- corredare con dati connessi alle azioni e agli interventi svolti, le informazioni relative alle componenti finanziarie impegnate nella pianificazione locale, specie con riferimento a quelle alimentate da soggetti istituzionali esterni.

Si ribadisce che il sistema informativo assume un preciso significato entro il processo di predisposizione dei PDZ che, necessariamente, implicherà un adeguamento delle attuali risorse organizzative. La positiva esperienza dei "punti monitor" per la tematica minorile, induce a cogliere e a valorizzare tale metodica al fine del suddetto adeguamento; si ritiene quindi che, entro gli Uffici di Piano previsti nell'articolazione organizzativa afferente l'avvio e la realizzazione dei PDZ, i "punti monitor" possano effettivamente divenire, con l'allargamento delle materie di competenza, il riferimento organizzativo a livello territoriale del sistema informativo dei servizi sociali.

A ciascun Comune, da parte del coordinamento tecnico-amministrativo di ambito, andranno periodicamente inviati reports di monitoraggio della spesa per gli interventi sociali sia del singolo Comune che dell'intero sistema locale degli interventi e dei servizi sociali.

Le informazioni raccolte ed elaborate a livello di ambito devono essere "restituite" ai diversi livelli del "sistema" (Assemblea dei Sindaci, Azienda per i Servizi Sanitari, équipes di operatori, il singolo Comune) e rese disponibili ai cittadini e alle loro rappresentanze .

La definizione del processo informativo, secondo le indicazioni su esposte, si avvarrà del ruolo proprio delle Province, in particolare con riferimento agli "osservatori" provinciali dei fenomeni sociali.

6. IL PIANO DI ZONA

6.1 Avvio del processo

I significati attribuiti alla Pianificazione di Zona dalla L 328/00 e, più recentemente, a livello regionale, dalla LR 23/04 qualificano il PDZ quale strumento organizzativo primario per il governo locale del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali.

Tale definizione ha come conseguenza la necessità di considerare questo particolare strumento pianificatorio non come un semplice documento che pur compiutamente elaborato, rappresenti un formale riferimento alle azioni ed agli interventi che quotidianamente vengono realizzati territorialmente, ma al contrario come un processo organizzativo che, pur determinato da vincoli temporali (validità triennale ed aggiornamento annuale) è collocabile in un continuum che produce e gestisce iniziative a favore della popolazione, verificandone nel contempo l'adeguatezza e l'efficacia e divenendo in tal modo il vero riferimento per i comportamenti organizzativi e professionali dei diversi soggetti impegnati nel lavoro sociale di territorio.

Tali considerazioni implicano una particolare attenzione agli aspetti organizzativi e metodologici che devono contraddistinguere la costruzione del PDZ, con riferimento alle iniziative necessarie per realizzarlo, ai soggetti incaricati a svolgere tali iniziative, alle indicazioni da seguire per garantire i risultati da raggiungere, ai procedimenti da attivare per perseguire gli obiettivi, alle modalità con cui vengono formate le decisioni, ai criteri da adottare per effettuare adeguate valutazioni di efficacia.

E' essenziale innanzitutto definire la funzione di regia e di indirizzo nella duplice componente politica e tecnica:

- la **componente politica** non può che essere costituita dall'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale, al cui Presidente spetta peraltro il compito di attivare il processo preordinato alla definizione del PDZ (art. 40 della LR 49/96, come sostituito dall'art. 6 della LR 23/04);

- la **componente tecnica** è formata innanzitutto dal Responsabile del SSC che svolge una funzione di coordinamento e dai coordinatori delle equipe in cui il SSC può articolarsi. A tali figure è strategicamente opportuno associare il responsabile di distretto ed eventuali ulteriori tecnici con responsabilità di coordinamento operanti nella rete territoriale dei servizi alla persona.

Rientra nella funzione di regia e di indirizzo l'individuazione delle aree di intervento ritenute prioritarie e dei soggetti che nel territorio di riferimento si configurano concretamente come necessarie risorse per la definizione e l'attuazione del PDZ, nonché l'individuazione di tutti "gli attori interni ai singoli Comuni" (es. pianificazione urbana, vigilanza), che sono necessari per il raggiungimento degli obiettivi del PDZ.

Per l'esercizio delle funzioni programmatorie inerenti particolari aree strategiche la predetta componente politica può ampliare la propria composizione ai rappresentanti delle altre Istituzioni pubbliche coinvolte per responsabilità e risorse nella realizzazione del Piano.

E' a supporto della funzione di regia ed indirizzo, con particolare riferimento alla componente tecnica, che devono essere valorizzati ed implementati, entro il coordinamento tecnico amministrativo del SSC, i compiti di studio, istruttoria, elaborazione degli atti, gestione del sistema informativo locale, approntamento dei dati e degli elementi caratterizzanti il "profilo di comunità".

Lo sviluppo di tali compiti dovrà sempre più qualificare la funzione, di staff, alla pianificazione (Ufficio di Piano) che il coordinamento tecnico amministrativo del SSC è comunque impegnato a garantire.

Sostanziale diviene poi la modalità di definizione dei contenuti facenti parte del documento costitutivo il PDZ che impegna, come ribadito dall'articolo 12, comma 6, della LR 23/04, i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, della L 328/00.

Al fine di facilitare l'apporto partecipato dei soggetti su richiamati alla "costruzione" dei suddetti contenuti risulta sicuramente utile la costituzione di adeguati **Tavoli tematici di lavoro** che oltre ai rappresentanti della componente tecnica e politica di cui alla funzione di regia ed indirizzo, dovranno avere al proprio interno i soggetti, istituzionali e non, in precedenza specificati, facendo attenzione, nel caso di una molteplice presenza di organismi similari (il riferimento riguarda soprattutto la variegata realtà del terzo settore), di predisporre occasioni e strumenti di rappresentanza per consentire a tutti di esprimere il proprio contributo.

I suddetti Tavoli tematici che, anche successivamente all'approvazione dell'accordo di programma, possono esercitare una funzione di apporto alla valutazione e regolazione della progettualità definita, rappresentano una importante occasione di reciproca conoscenza, di condiviso approfondimento tematico, di fattiva corresponsabilità (con riferimento alle risorse attivabili ed alle azioni realizzabili) nonché di cooperazione gestionale.

E' soprattutto in relazione alla realizzabilità delle variabili organizzative ora citate ed inerenti il necessario e fattivo raccordo tra vari soggetti con esperienze, storie e ruoli diversi che risulta essenziale che *l'avvio del processo di costruzione del PDZ, sia caratterizzato da idonee iniziative formative ed informative* facilitanti la condivisione dei riferimenti culturali ed organizzativi che qualificano le successive fasi del processo stesso.

E' importante ribadire che, dopo l'approvazione del PDZ, la componente tecnica dei Comuni supportata dall'ufficio di piano e, per le materie di approccio integrato, anche dai tecnici dell'ASS operanti nel Distretto, dovrà curare tutti i provvedimenti attuativi conseguenti all'assunzione dello strumento programmatorio (vedi § 8 Modalità di elaborazione congiunta PAT/PDZ).

L'Assemblea dei sindaci, al fine di dare concreta attuazione al principio di promozione della partecipazione delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni dei cittadini e degli utenti e delle altre parti sociali ai processi di programmazione e verifica, definisce le modalità di coinvolgimento di detti soggetti nel processo programmatorio locale.

Sembra infine opportuno fornire alcune precisazioni concernenti la fase di avvio nell'ambito territoriale della provincia di Trieste, dove a fronte di tre ambiti territoriali del SSC insiste un'unica Assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale e, pertanto, al Presidente di detta Assemblea spetta di attivare un processo preordinato alla definizione di tre distinti PDZ.

Stante la peculiarità del territorio di che trattasi che è alla base delle previsioni normative (LR 49/96, art. 40, c. 10 e art. 41bis, c. 5) che permettono la suesposta organizzazione, sembra necessario prevedere per i tre ambiti territoriali del SSC del territorio della provincia di Trieste una fase iniziale comune in cui dovranno essere definite almeno:

- le tre "componenti politiche" che assieme alle componenti tecniche dei tre SSC assumeranno la funzione di regia e indirizzo di cui alla parte iniziale del presente paragrafo;
- le forme inerenti le modalità di collaborazione tra i tre ambiti territoriali del SSC per tutti quei servizi o interventi che assumono interesse comune e che pertanto dovranno essere parte dei contenuti di tutti e tre i PDZ;
- le modalità per assicurare l'integrazione con l'attività dei distretti dell'Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina", anche al fine dell'elaborazione della parte dei PDZ specificamente riferita all'integrazione sociosanitaria.

6.2 Predisposizione della base conoscitiva

La ricostruzione della base conoscitiva ai fini dell'analisi dei bisogni e delle risorse (formali ed informali) presenti localmente, è presupposto necessario per l'avvio del processo di programmazione locale.

Come già evidenziato (§ 5), la situazione del sistema informativo regionale inerente i servizi sociali è una delle criticità non immediatamente risolvibili.

Peraltro, il processo di definizione dei PDZ implicherà necessariamente un adeguamento del sistema informativo locale.

All'interno dei PDZ l'analisi dei bisogni e dell'offerta dei servizi e delle prestazioni svolge la duplice funzione di:

- offrire un quadro conoscitivo delle caratteristiche della popolazione residente, delle sue problematiche e dell'articolazione del sistema di offerta;
- effettuare una valutazione in itinere del percorso avviato e della capacità del sistema di offerta di rispondere ai bisogni, nonché di promuovere comportamenti solidali in ambito comunitario.

Per facilitare l'analisi dei bisogni e del sistema di offerta locale da inserire nei PDZ la Direzione centrale salute e protezione sociale si impegna a fornire in tempo utile per l'inizio del processo programmatorio, una griglia di possibile lettura del territorio comune a tutti gli ambiti territoriali del SSC.

Tale strumento potrà inoltre essere utilizzato per evidenziare i punti di forza e di debolezza presenti nel proprio contesto. La ricognizione conoscitiva potrà essere altresì arricchita anche attraverso un idoneo e diretto coinvolgimento degli attori sociali e professionali operanti sul territorio.

La positiva esperienza metodologica sviluppatasi nel contesto dell'attività dei "punti monitor" per la tematica minorile, suggerisce di valorizzarla e di estenderla, pur con i necessari adeguamenti, entro il contesto pianificatorio inerente i PDZ.

La Regione si impegna a mettere a disposizione dei SSC i dati in suo possesso.

Alla formazione delle basi conoscitive contribuiscono inoltre le Province tramite la messa a disposizione del proprio materiale informativo, costitutivo degli osservatori provinciali.

6.3 Contenuti del Piano di zona

Le finalità strategiche del PDZ sono:

- la riorganizzazione, il consolidamento e/o il potenziamento del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- l'individuazione delle iniziative ed azioni qualificanti il sistema;
- la qualificazione della spesa e l'attivazione di risorse, esito della concertazione a livello locale;
- la definizione delle risorse da impegnare, da parte dei comuni, dell'ASS e degli altri organismi firmatari dell'accordo di programma;
- la definizione di iniziative di formazione ed aggiornamento.

Il PDZ comprende:

- gli obiettivi riferiti alle diverse aree di intervento e le correlate azioni specifiche;
- gli obiettivi di tipo trasversale, comuni cioè alle suddette aree, nonché le opzioni relative agli assetti organizzativi e gestionali, da definire in coerenza agli obiettivi regionali ritenuti strategici.

Il Piano deve inoltre indicare ruoli, funzioni e modalità per una sua efficace gestione, in modo particolare per quanto riguarda il ruolo e la responsabilità della componente politica e della componente tecnica, per la funzione di regia ed indirizzo.

Deve ancora prevedere un sistema di valutazione in itinere ed ex post, funzionale ad un riorientamento progressivo delle azioni previste o alla riprogettazione delle stesse.

Dato per assodato che il Piano non si esaurisce nel documento che lo descrive, ma si configura in un processo programmatorio che si estende oltre la presentazione del documento stesso, che deve essere continuamente monitorato, implementato e, qualora se ne ravvisi l'opportunità, modificato, si sottolinea che lo stesso può indicare anche questioni che potranno essere affrontate compiutamente in tempi più lunghi, individuando percorsi, modalità e scadenze per la loro trattazione e assumendo, nel caso, soluzioni provvisorie.

Come previsto dall'articolo 12 della LR 23/04, il PDZ deve individuare almeno:

- gli obiettivi di sviluppo, tutela e inclusione sociale e i relativi indicatori di verifica;

- gli obiettivi di sistema dei servizi e le priorità di intervento;
- le modalità organizzative dei servizi;
- le risorse necessarie a realizzare il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali locali nonché l'integrazione sociosanitaria, per la quale vengono altresì determinate le quote rispettivamente a carico dell'ASS e dei Comuni;
- le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle Amministrazioni Statali;
- le modalità per la collaborazione tra servizi e soggetti impegnati nelle diverse forme di solidarietà sociale;
- le forme di concertazione con l'ASS, per garantire la cooperazione nell'ambito delle aree ad alta integrazione socio-sanitaria.

Il Piano definisce inoltre (coerentemente con quanto indicato al § 7):

- le forme inerenti eventuali modalità di collaborazione con altri ambiti di SSC per determinati servizi o interventi di comune interesse;
- le modalità per garantire l'informazione ai cittadini ed alle formazioni sociali, quale presupposto per la fruibilità dei servizi.

Infine, per raggiungere l'obiettivo di sviluppo relativo all'integrazione delle diverse politiche sociali (§ 3) il piano definisce specifiche modalità di collaborazione con gli altri soggetti istituzionali che agiscono nella rete dei servizi quali, ad esempio, le Province per la parte loro delegata sulle politiche attive del lavoro e della cooperazione, le autonomie scolastiche, i centri per l'impiego, le ATER ecc., atte ad avviare forme di integrazione fra politiche sociali, sanitarie, educative, formative, del lavoro, culturali ed abitative.

6.4 La valutazione

La complessità degli interventi oggetto del PDZ, il livello sempre più elevato di integrazione tra politiche sociali, sanitarie, educative, occupazionali, abitative, di inclusione sociale e sviluppo locale richiedono una particolare attenzione nell'individuazione ed elaborazione di puntuali strumenti di monitoraggio, verifica e di valutazione partecipata che devono tener conto:

- del contesto socio-economico di riferimento, di tutti i fattori che producono domanda e di quelli che determinano offerta di servizi;
- della molteplicità degli obiettivi;
- della specificità delle azioni previste dal PDZ.

L'attività di valutazione del Piano si attua pertanto attraverso tre fasi specifiche:

- la valutazione ex ante caratterizzata dalla focalizzazione delle condizioni di partenza, dei bisogni presenti e delle risposte già attivate;
- la valutazione in itinere, o monitoraggio di processo, che si svolge nel corso di attuazione delle azioni previste con il coinvolgimento di tutti i soggetti attuatori del Piano di Zona;
- la valutazione ex post che tiene conto della qualità degli interventi realizzati, della loro efficacia ed efficienza e del loro impatto sulle priorità dichiarate.

E' opportuno quindi che il processo valutativo e i connessi momenti di verifica siano presenti sin dall'avvio della costruzione del PDZ e periodicamente investano la progettazione in corso e le azioni che la compongono, correggendo, se necessario, le azioni intraprese e gli obiettivi prefissati. Rilevante, ovviamente, viene a configurarsi la valutazione sull'impatto delle scelte strategiche definite, che determina la bontà o meno della pianificazione realizzata.

Sul tema va ancora ribadito che è di estrema importanza la valutazione dell'intero processo/percorso programmatorio posto in essere per la definizione della pianificazione zonale, con particolare riferimento agli elementi organizzativi e di partecipazione.

6.5 Le risorse economiche

Sembra utile ricordare che la L 328/00 ha previsto l'attivazione di una politica finanziaria ampia e diversificata, tale per cui, alla realizzazione di questa politica con responsabilità specifiche, siano chiamati il governo centrale (Fondo nazionale per le Politiche sociali), le Regioni (voci dei bilanci regionali che finanziano le politiche sociali), nonché il più ampio livello istituzionale territoriale (Province, Comuni). Al' finanziamento delle politiche

sociali concorrono altresì le risorse aggiuntive messe a disposizione da ulteriori soggetti istituzionali e non presenti sul territorio, in grado di supportare la realizzazione della rete degli interventi e dei servizi.

Uno degli obiettivi dei PDZ è infatti la ricerca di risorse aggiuntive a quelle tradizionalmente messe in campo dagli Enti locali per dare concretezza al principio di sussidiarietà orizzontale nella realizzazione di politiche solidali.

Per quanto concerne questa prima fase di avvio dei Piani di zona si fa comunque riferimento alle risorse trasferite dalla Regione Friuli Venezia Giulia a valere sul Fondo nazionale per le Politiche sociali, sul Fondo Sociale Regionale e sulle altre voci del bilancio regionale che intervengono nel settore delle politiche sociali, alle risorse aggiuntive delle province, delle ASS (in particolare per il finanziamento delle azioni previste congiuntamente nei PDZ e nei PAT), alle risorse proprie dei Comuni e di tutti gli altri soggetti che concorreranno alla promozione e alla attuazione dei PDZ.

6.6 L'accordo di programma

L'approvazione del PDZ, da parte dei Comuni del territorio di distretto dovrà avvenire attraverso lo strumento dell'Accordo di Programma secondo le modalità previste dall'articolo 19 della legge regionale 20 marzo 2000, n. 7.

L'Accordo di programma è la condizione istituzionale per realizzare obiettivi unitari di politiche sociali locali e pertanto definisce ruoli, responsabilità, modalità per la gestione associata, riparto della spesa, organi e modalità di governo del Piano.

L'Accordo di programma è lo strumento attraverso il quale le diverse Amministrazioni coinvolte nell'attuazione degli obiettivi del PDZ coordinano i rispettivi interventi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi. Pertanto in esso devono essere esplicitati in particolare:

- le risorse umane, strutturali e finanziarie riferite alle fasi temporali di attuazione del PDZ, nonché i criteri di ripartizione degli oneri tra ciascun Comune, l'ASS e i diversi soggetti che partecipano all'attuazione del Piano;
- gli adempimenti attribuiti ai singoli soggetti contraenti con l'indicazione delle responsabilità per l'attuazione, le eventuali garanzie, le sanzioni per le inadempienze;
- la composizione del collegio di vigilanza e di controllo, dotato anche di poteri sostitutivi (di cui vanno evidenziati i relativi contenuti), composto da rappresentanti dei soggetti contraenti e presieduto dal presidente dell'Assemblea dei Sindaci di ambito

distrettuale o da un suo delegato (è opportuno specificare le modalità di funzionamento del collegio, quali: modalità di convocazione, quorum necessari per l'adozione di poteri sostitutivi, ecc.);

- le modalità e l'ampiezza delle possibili modifiche/aggiornamenti con riferimento alle azioni attuative del PDZ.

All'Accordo di Programma partecipano, con le diverse modalità sotto specificate, tutti i soggetti previsti dall'articolo 12, comma 8, della LR 23/04, che avendo condiviso il processo di individuazione e di perseguimento degli obiettivi di Piano intendono mettere in rete responsabilità, risorse, esperienze, concorrendo in tal modo, sia con contributi materiali (risorse), sia con contributi immateriali (esperienze/conoscenze), alla realizzazione del sistema integrato previsto nel PDZ.

L'Accordo di Programma è sottoscritto dai Sindaci dei Comuni dell'ambito territoriale di pertinenza e, in materia di integrazione sociosanitaria, dal Direttore Generale dell'ASS.

Gli altri soggetti istituzionali (Aziende pubbliche di servizi alla persona, Centri per la giustizia minorile, ecc.) individuati nei diversi ambiti territoriali aderiranno sottoscrivendo l'accordo di programma con riferimento agli obiettivi specifici di competenza nonché agli interventi ed ai servizi programmati di concerto, nell'ambito del PDZ.

I soggetti non istituzionali, aderiranno sottoscrivendo l'Accordo di programma in quanto condividono gli obiettivi del PDZ e dichiarano la propria volontà a concorrere alla loro realizzazione con risorse proprie. Il ruolo e l'impegno di questi soggetti nonché le modalità di regolazione delle relazioni reciproche tra i partner non istituzionali e quelli istituzionali dovranno essere specificatamente determinati nel testo dell'Accordo stesso.

6.7 Tempi e percorsi

Con riferimento alle diverse fasi di realizzazione dei PDZ, la Regione intende sostenere le componenti, politiche e tecniche, impegnate nella funzione di regia e indirizzo a livello locale, mediante adeguati momenti di supporto formativo e metodologico. A tale scopo verrà data continuità operativa al gruppo di lavoro misto (Enti locali, Distretti, Regione) costituitosi per la stesura delle presenti linee guida.

La Direzione centrale salute e protezione sociale garantirà inoltre un supporto unitario e continuo per l'accompagnamento dei processi locali di pianificazione sociosanitaria integrata, anche avvalendosi di operatori dell'Agenzia regionale della sanità.

Al fine di assicurare un avvio coerente nei diversi territori della Regione e con riferimento ai contenuti delle presenti linee guida, i SSC devono trasmettere entro il 31 luglio 2005 alla Direzione centrale salute e protezione sociale l'ipotesi relativa al contenuto ed alle forme di collaborazione - interistituzionale e con gli altri soggetti della comunità locale - costitutivi del redigendo PDZ che dovrà comunque trovare attuazione dal 1 gennaio 2006. A tal proposito sembra opportuno far presente che entro il primo trimestre 2005 devono essere definiti i compiti relativi "all'Ufficio di piano" (cfr § 6.1 Avvio del processo e § 7, Obiettivo 1).

La citata Direzione centrale, nel proprio ruolo di supporto ed accompagnamento, esprime conseguenti valutazioni ed indicazioni, con riferimento all'ipotesi di cui sopra, in particolare con riguardo al necessario livello di omogeneità su tutto il territorio regionale del sistema degli interventi e dei servizi sociali.

Al momento dell'approvazione dell'Accordo di programma costituente la base formale del PDZ, gli Enti gestori del SSC sono ugualmente invitati a trasmettere la relativa documentazione alla Direzione centrale salute e protezione sociale, al fine di permettere un adeguato monitoraggio delle esperienze pianificatorie territoriali in corso, nonché come contributo alla pianificazione regionale ed inoltre per un'adeguata finalizzazione delle risorse da assegnare ai diversi soggetti istituzionali gestori della citata pianificazione territoriale.

L'avvio operativo dei PDZ a decorrere dal 1° gennaio 2006 costituisce il principale elemento di valutazione per la definizione della ripartizione del fondo sociale regionale e del fondo sociale nazionale.

7. GLI OBIETTIVI REGIONALI PER L'AVVIO E LA REALIZZAZIONE DEL PRIMO TRIENNIO DI PROGRAMMAZIONE

Gli obiettivi regionali per la predisposizione del primo triennio dei PDZ tengono conto di quanto previsto dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali e si inseriscono nella programmazione regionale più complessiva.

Come già precedentemente evidenziato con le presenti Linee guida si vuole avviare un processo di programmazione delle politiche sociali profondamente radicato nel contesto locale.

L'attività prevista richiede un investimento straordinario in termini di personale, di competenze, di impegno, di strumentazione informatica e tecnologica. In sintesi si richiede che il sistema locale adegui la propria organizzazione alle nuove funzioni programmatorie tenendo conto che le leggi nazionali e regionali, così come la programmazione nazionale e regionale che regolamentano le diverse aree di intervento, costituiscono una base sufficientemente chiara sulla quale formulare conseguenti scelte politiche e strategiche.

In questo contesto si sottolinea che gli obiettivi per il primo triennio sono connessi al consolidamento del sistema di governo della rete; nella logica incrementale del sistema si affida alla programmazione annuale la definizione di ulteriori obiettivi legati alle aree di bisogno.

All'interno di queste indicazioni generali vengono individuati i seguenti macro obiettivi per il primo triennio di programmazione.

OBIETTIVO N. 1

Rafforzamento del sistema associato di governo del sistema locale degli interventi e dei servizi sociali.

Strategie conseguenti:

- verificare ed eventualmente adeguare le convenzioni relative alla gestione associata delle funzioni socio – assistenziali dei Comuni;
- rafforzare il ruolo di governo del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali mediante il potenziamento della funzione programmatoria del

coordinamento tecnico amministrativo degli ambiti del servizio sociale dei comuni (Ufficio piano);

- avviare il sistema informativo di ambito in raccordo con la Regione;
- realizzare la dotazione e/o pianta organica aggiuntiva;
- predisporre il bilancio relativo alla gestione associata;
- predisporre il regolamento d'ambito per l'accesso e la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi;
- assicurare attività di formazione e aggiornamento del personale.

OBIETTIVO N. 2

Avvio di un processo di coinvolgimento della comunità nella realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali di tipo solidale e universalistico .

Strategie conseguenti:

- istituire tavoli permanenti di lavoro tematici che vedano il coinvolgimento della comunità con momenti di condivisione trasversale relativamente alle scelte strategiche generali;
- predisporre strumenti informativi di promozione rivolti alla comunità locale;
- coordinare gli interventi e i servizi realizzati dai soggetti pubblici e privati;
- promuovere forme di contributo economico per il sostegno alla realizzazione dei progetti qualificanti la rete degli interventi e servizi da parte dei soggetti sociali ed economici presenti nel territorio di riferimento.

OBIETTIVO N. 3

Sviluppo e consolidamento di specifiche azioni nelle aree di intervento indicate nel Piano Nazionale e nella Programmazione regionale per produrre promozione, prevenzione, cura e tutela e contrasto all'istituzionalizzazione

Strategie conseguenti:

- potenziare o attivare le prestazioni e gli interventi di cui all'articolo 22. L 328/00;
- definire il percorso per l'accoglienza della domanda e di accesso unitario ai servizi e alle prestazioni sociali e sociosanitarie, educative, nonché per la casa, l'inserimento lavorativo ecc.;

- dare applicazione alle previsioni delle LLRR 41/96, 10/98 nonché dare continuità alle previsioni della DGR 1891/00 con riferimento particolare alla definizione delle sedi e delle modalità per la valutazione multiprofessionale del bisogno attraverso le apposite unità valutative;
- definire protocolli operativi per la presa in carico integrata sociosanitaria tramite i progetti personalizzati;
- adottare in via definitiva la cartella sociale quale strumento di lavoro e di rilevazione della utenza sociale.

Per consentire un omogeneo avvio dei PDZ così come delineato nelle presenti Linee guida la Regione ha previsto l'utilizzo dell'1% del FNPS per finanziare attività di formazione, informazione, interventi seminariali, di accompagnamento e assistenza tecnica a favore dei diversi soggetti locali coinvolti nel processo delineato.

In particolare, come già in precedenza citato, viene previsto in questa fase l'attivazione di un percorso di accompagnamento e di assistenza tecnica per l'attuazione delle diverse fasi del PDZ.

8. MODALITA' DI ELABORAZIONE CONGIUNTA PAT/PDZ

Con riferimento ai processi di integrazione sociosanitaria, la normativa regionale individua nell'implementazione di tali processi l'elemento strategico caratterizzante il complesso della rete dei servizi alla persona in ambito regionale e questo in sintonia con le indicazioni date dalla normativa e dagli atti di programmazione statale. Anche il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, affermando che "l'integrazione delle responsabilità e delle risorse rappresenta una condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi..." (DPR 23 luglio 1998, Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000), poneva come centrale la questione dell'integrazione sociosanitaria. Peraltro il tema dell'integrazione sociosanitaria e ampiamente presente anche nella L 328/00.

La LR 23/04 dispone sulla partecipazione degli Enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina i relativi strumenti di programmazione, contiene una serie di previsioni che mirano a regolamentare il processo di integrazione sociosanitaria sul territorio regionale.

In conformità con quanto previsto dal d. lgs. 19 giugno 1999, n.229, la citata LR 23/04 attribuisce al distretto propria autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, e lo elegge a promotore di un suo piano, chiamato programma delle attività territoriali (PAT), che rappresenta parte sostanziale del più ampio Piano Attuativo Locale dell'Azienda in cui si incardina il distretto stesso.

Il PAT è uno strumento decisivo per rendere operativa la transizione culturale che il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 ha sintetizzato con la locuzione "dalla sanità alla salute", per integrare le attività dei sistemi sanitari locali con quelle delle realtà sociali ed economiche del territorio. Altresì, la citata LR 23/04 definisce il PDZ come strumento fondamentale per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali territoriali, con l'obiettivo di produrre promozione, prevenzione, cura, tutela e inclusione sociale.

Nell'ottica di una programmazione locale integrata, si tratta quindi di coniugare tra loro i due strumenti PAT e PDZ, tenendo conto che le previsioni in materia sociosanitaria contenute in entrambi gli strumenti devono coincidere.

L'articolo 11 e l'articolo 12 della citata LR 23/04, che trattano rispettivamente del PAT e del PDZ, stabiliscono che i due strumenti programmatori devono individuare le attività sociosanitarie cui – nell'ambito di obiettivi condivisi - dare attuazione, nonché le risorse

necessarie alla realizzazione dell'integrazione sociosanitaria e le quote da porre rispettivamente a carico dell'ASS e dei Comuni. Il PDZ deve inoltre individuare le forme di concertazione con l'ASS per garantire la cooperazione gestionale e professionale nell'ambito delle aree ad alta integrazione sociosanitaria.

Il rischio da evitare è quello della proliferazione competitiva degli ambiti di programmazione. E' dunque necessario individuare luoghi e modalità condivise per garantire unitarietà al processo programmatorio. Le indicazioni che seguono vanno lette proprio in questo senso.

E' innanzi tutto utile ricordare come il processo di programmazione debba attuarsi tenendo conto delle tre fasi di integrazione: istituzionale, gestionale e professionale.

A questo proposito anche il Piano Sanitario Nazionale 1998–2000 afferma che "l'integrazione istituzionale si basa sulla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (in particolare aziende sanitarie e amministrazioni comunali), che si organizzano per perseguire comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni e gli accordi di programma".

In questo contesto "partecipato" anche la LR 23/04 ribadisce che a livello istituzionale "il luogo" dell'integrazione è l'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale alla quale compete da un lato l'attivazione del processo per la definizione del PDZ e dall'altro la partecipazione al processo di programmazione territoriale preordinato alla predisposizione dei PAT.

L'Assemblea dei sindaci nel definire gli obiettivi del PDZ individua, di concerto con il Direttore generale dell'Azienda, anche le attività integrate su cui avviare il confronto tecnico nei tavoli tematici di lavoro destinati alla programmazione congiunta PAT/PDZ.

Sembra opportuno ribadire che i citati tavoli tematici di lavoro si configurano – dal lato metodologico – come quelli di cui alla parte relativa all'avvio del processo per il PDZ (§ 6.1) e che dunque devono garantire la presenza dei rappresentanti della componente tecnica e politica di cui alla funzione di regia ed indirizzo, e avere al proprio interno i diversi soggetti, istituzionali e non, necessari per la definizione della programmazione integrata. Nel caso di una molteplice presenza di organismi similari (il riferimento riguarda soprattutto la variegata realtà del terzo settore), si evidenzia l'opportunità di predisporre occasioni e strumenti di rappresentanza per consentire a tutti di esprimere il proprio contributo.

9. LA PROGRAMMAZIONE NELLE AREE SOCIOSANITARIE

In attesa che la Regione, come previsto dall'articolo 13 della LR 23/04, individui le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, quelle sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria e quelle sociali a rilevanza sanitaria, nonché gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione, funzionamento e finanziamento delle stesse, l'elaborazione congiunta dovrà riguardare almeno (cfr. art.13, c. 4, LR 23/04):

- la prevenzione e assistenza materno-infantile;
- l'assistenza, riabilitazione ed integrazione sociale delle persone con disabilità;
- la tutela della salute delle persone anziane;
- la cura e recupero dei soggetti tossicodipendenti;
- la cura e recupero dei soggetti malati di mente;
- le situazioni di non autosufficienza, temporanea o permanente, derivanti da patologie diverse.

Con riferimento ai su elencati temi, allo scopo di considerare i diversi bisogni della persona, della famiglia e della comunità entro un quadro unitario di politiche per il benessere, i Comuni associati e le ASS/distretti possono concordare soluzioni idonee a garantire la gestione unitaria delle risorse per l'integrazione sociosanitaria. A tal fine possono essere individuate forme di sperimentazione volte ad attuare la gestione di un fondo unitario per finanziare tutte o parte delle risposte in materia di integrazione sociosanitaria.

9.1 Obiettivi strategici di sistema

La progettazione condivisa di una rete dei servizi ed interventi sociosanitari deve andare di pari passo con lo sviluppo ed il consolidamento di strumenti di integrazione gestionale e professionale che garantiscano la centralità della persona, dei suoi bisogni, delle sue esperienze, dei suoi legami nel percorso congiunto di presa in carico e di sviluppo del processo di cura e riabilitazione. Deve essere affermato operativamente l'approccio guidato dal bisogno che interpreta i diversi setting di intervento come strumenti e come risorse del progetto di cura e riabilitazione. Il sistema di offerta cioè deve orientarsi e plasmarsi quanto più possibile sulla soggettività del bisogno adeguando i propri meccanismi

di funzionamento alle esigenze dei luoghi e dei contesti in cui di norma le persone esprimono il proprio funzionamento sociale.

In questo senso è importante ribadire la necessità, nell'ambito della programmazione congiunta PAT/PDZ, di rafforzare il sistema di lavoro integrato tra Distretto e Ambito e di sviluppare e consolidare specifiche azioni nelle aree di intervento, attraverso il perseguimento dei seguenti obiettivi strategici:

- lo sviluppo e la riqualificazione delle Unità Multiprofessionali in tutte le aree di integrazione sociosanitaria;
- l'affermazione diffusa dell'utilizzo del progetto personalizzato;
- lo sviluppo della funzione di *coordinatore del caso* (Case Manager);
- la diffusione di *punti unici* di accesso ai servizi sociosanitari.

9.1.1 Lo sviluppo e la riqualificazione delle Unità Multiprofessionali

Le Unità multiprofessionali (Um) nelle loro varie definizioni (Unità di valutazione distrettuale – UVD - equipe multidisciplinare dell'handicap, équipe minori..) sono uno dei principali strumenti organizzativi di integrazione professionale e gestionale che negli ultimi anni si sono andati consolidando nella rete dei servizi distrettuali. La diffusione di tale strumento nell'approccio alle differenti aree di bisogno non appare però ancora soddisfacente sia perché permangono tendenze alla "semplificazione" della presa in carico, sia perché spesso l'interpretazione che ne viene data è più di carattere amministrativo che di miglior organizzazione possibile della risposta.

Le ragioni di uno sviluppo sinergico delle diverse componenti del sistema sociale e del sistema sanitario spingono verso l'adozione di modelli organizzativi maggiormente bilanciati in cui i percorsi per l'utenza siano realmente guidati dalla risposta più adeguata al bisogno espresso.

In tal senso la riqualificazione delle Unità multiprofessionali deve riguardare la ridefinizione dell'intero processo che porta alla scelta dei migliori percorsi di salute per il cittadino a partire dalla presa in carico attraverso un punto di accesso unico già funzionalmente integrato da professionalità sociali e sanitarie, attraverso l'adozione di strumenti valutativi multidimensionali evoluti che permettano di considerare bisogni semplici e complessi, riservando a questi ultimi l'effettiva realizzazione di una formale presa in carico da parte delle Unità multiprofessionali.

Per garantire questo passaggio alle Unita multiprofessionali si dovrà assicurare un'autonomia gestionale, con il governo delle risorse utili a soddisfare i bisogni, con l'opportunità di procedere a monitoraggi continui dell'evoluzione dello stato di salute del cittadino, qualunque sia la destinazione, domicilio o struttura residenziale. Sarà inoltre necessario prevedere una deburocratizzazione delle Unità multiprofessionali attraverso la distinzione degli obblighi amministrativi – che andranno rivisitati per renderli più "leggeri" - dalle attività di presa in carico, anche sperimentandone una diversificazione nelle articolazioni organizzative che favorisca una maggiore prossimità al cittadino.

Tale sviluppo porta ad un maggiore sforzo di integrazione tra soggetti diversi, ad una maggiore responsabilizzazione dei distretti garantendo un'autonomia gestionale delle risorse, ad una maggiore garanzia di equità nelle opportunità di accesso al sistema dei servizi ovunque in regione.

9.1.2 Il progetto personalizzato

Il progetto assistenziale personalizzato (DPCM 14 febbraio 2001, art. 2, c. 1 e LR 23/04, art. 14 c. 2), redatto sulla scorta di valutazioni multidimensionali, è lo strumento fondamentale in mano alle Unità multiprofessionali per affermare la centralità della persona e dei suoi bisogni. Alla definizione e realizzazione del progetto personalizzato concorrono infatti diversi apporti professionali e non, in una condivisione di obiettivi, responsabilità e risorse, secondo un criterio unitario di gestione.

La realizzazione del progetto personalizzato deve avvalersi dei servizi, interventi e di prestazioni integrate collegandole quanto possibile al naturale contesto familiare, ambientale e sociale della persona. Deve inoltre assumere una funzione proattiva e spingersi a promuovere la realizzazione di ambienti che determinino un miglioramento del funzionamento sociale delle persone interessate. Deve conformarsi costantemente a strategie di empowerment dei contesti e dei soggetti promuovendo l'autonomia e l'autodeterminazione di questi ultimi.

Nella definizione della programmazione locale è perciò strategico identificare specifici interventi per la diffusione, nelle diverse aree e nei diversi setting, dello strumento progetto personalizzato, considerandolo alla stregua di un "livello essenziale" di prestazione sociosanitaria.

I progetti personalizzati dovranno indicare: la natura del bisogno, i risultati attesi, l'articolazione degli interventi, le risorse necessarie, le responsabilità professionali e di

servizio, i tempi e le modalità di verifica.

Resta inteso che nel prevedere l'utilizzo di strutture – in particolare per anziani e disabilili - le Aziende per i servizi sanitari devono garantire la corretta erogazione dell'assistenza sanitaria ed il controllo della qualità del progetto personalizzato.

La Regione disciplinerà le modalità ed i criteri per la definizione di progetti (art. 14, c. 3, LR 23/04) nonché gli strumenti valutativi multidimensionali per area di intervento.

9.1.3 Il coordinatore dei casi (Case manager)

Per facilitare il presidio dei percorsi assistenziali e l'attivazione dei progetti personalizzati dovrà essere introdotta e valorizzata la funzione del *coordinatore del caso*, fermo restando che la responsabilità sanitaria rimane di competenza del Medico di Medicina Generale. Il coordinatore del caso viene individuato, sulla base di criteri condivisi (scelta del cittadino, prevalenza dell'intervento e/o altro), tra gli operatori che compongono l'unità multiprofessionale. La sua funzione è di supportare l'utente nella gestione di tutti gli aspetti organizzativi associati alla permanenza della persona nei diversi nodi della rete dei servizi ed in particolare nel trasferimento da un servizio all'altro.

Il coordinatore del caso può anche essere inteso come *tutor* del cittadino che non è in grado direttamente o attraverso una risorsa familiare di interfacciarsi con la rete complessiva dell'offerta.

L'operatore identificato come coordinatore del caso deve garantire la personalizzazione del rapporto ed il rispetto della dignità della persona durante tutto il percorso assistenziale, svolgendo il ruolo di mediatore tra i vari professionisti coinvolti e il cittadino e provvedendo altresì al monitoraggio del percorso previsto.

E' richiesta al coordinatore del caso una conoscenza approfondita delle reti sociali e la capacità di facilitare l'accesso alle risorse del sistema sociosanitario appropriate ai diversi bisogni della persona presa in carico. In tal modo il coordinatore del caso rappresenta un punto di sintesi dei servizi e nel contempo si pone anche come "sostenitore di reti".

9.1.4 Il punto unico di accesso

Al fine di garantire ai cittadini – nella prospettiva di un progetto personalizzato condiviso e fermo restando il principio di libera scelta - una risposta rapida alle loro esigenze e richieste di servizi, si prevede che nell'ambito della Programmazione locale PAT/PDZ vengano istituiti dei punti unici di accesso ai servizi.

La necessità di creare un punto unico di accesso risponde all'esigenza primaria dei cittadini di:

- avere informazioni complete in merito ai diritti, alle prestazioni, alle modalità di accesso ai servizi;
- ottenere risposte alle proprie richieste, senza dispersione di tempo e di energie e senza sovrapposizione dei compiti e ruoli da parte delle strutture pubbliche;
- essere a conoscenza delle risorse di carattere sociosanitario disponibili nel territorio, utili per affrontare esigenze personali e familiari nelle diverse fasi di vita;
- essere orientati sull'utilizzo e le caratteristiche dei servizi sociosanitari erogati.

Il punto unico di accesso rappresenta non tanto un unico luogo fisico al quale gli utenti possono rivolgersi, ma la strutturazione integrata tra tutti i punti di contatto e di accesso dei cittadini presenti sul territorio. In questo senso, il punto unico di accesso concorre all'effettiva costruzione di un sistema a rete, articolato nel territorio che realizza l'unicità dell'accesso.

Strettamente connessa al punto di accesso unico del sistema dei servizi sociosanitari, è la funzione di "segretariato sociale" del SSC, che rappresenta il raccordo organizzativo indispensabile alla connessione integrata degli interventi tramite il coordinamento in rete di essi e la strutturazione di banche dati per l'analisi della domanda.

Occorre pertanto che il Direttore di distretto (supportato dall'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), nonché da altri referenti di distretto), individui insieme al Responsabile del SSC le situazioni più idonee per unificare l'accesso al sistema dei servizi sociosanitari attraverso l'elaborazione e la sottoscrizione di indicazioni e procedure.

Allegato n. 1

INDICE DEL PIANO DI ZONA

SCHEDA 1)

INDICE DEL PIANO DI ZONA

SCHEDA 2)

LEGENDA INDICE DEL PIANO DI ZONA

PREMESSA
Significato del PDZ in relazione alla realtà locale, deve contenere l'orientamento politico del piano (VISION).

INTRODUZIONE
Contiene le finalità del piano (MISSION).

1. IL CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO
Fotografia iniziale nel momento di avvio del PDZ.

1.1 Scheda anagrafica di Ambito:

ELENCO COMUNI DEL TERRITORIO DI AMBITO DEL SSC

ENTE GESTORE DEL SSC:

Denominazione Ente Gestore:
Natura giuridica:
Indirizzo:
Recapito telefonico, fax, E-mail:

PRESIDENTE ASSEMBLEA DEI SINDACI

Nominativo
Comune di appartenenza
Recapito telefonico, fax, E-mail:

COORDINAMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO DEL SSC

Nominativo responsabile coordinamento T.A.
Ente di appartenenza:
Titolo professionale:
Recapito telefonico, fax, E-mail:
Nominativo referente ufficio di piano:
Indirizzo:
Recapito telefonico, fax, E-mail:
Nominativo referente punto monitor
Indirizzo:
Recapito telefonico, fax, E-mail:

COORDINATORI DI EQUIPE

Nominativo
Ente di appartenenza:
Titolo professionale:
Recapito telefonico, fax, E-mail:
Area d'intervento
Nominativo
Ente di appartenenza:
Titolo professionale:
Recapito telefonico, fax, E-mail:
Area d'intervento
Nominativo
Ente di appartenenza:
Titolo professionale:
Recapito telefonico, fax, E-mail:
Area d'intervento
....
...

ASS DI RIFERIMENTO

Direttore generale:
indirizzo:
Recapito telefonico, fax, E-mail:
Coordinatore sociosanitario
indirizzo:
Recapito telefonico, fax, E-mail:

DISTRETTO DI RIFERIMENTO

Direttore di distretto:
indirizzo:
Recapito telefonico, fax, E-mail:
Coordinatori di area

1.2 La gestione Associata tra i Comuni per l'esercizio delle funzioni sociali:
la forma giuridica scelta, ruolo dell'ente gestore, sistema di obblighi e impegni reciproci, modalità organizzative e funzionamento dell'organo politico (Assemblea dei Sindaci)

1.3 Il coordinamento interistituzionale:
descrizione degli atti formali che regolamentano i rapporti di collaborazione con altre istituzioni pubbliche (ASS, Scuole, Ministero giustizia ecc..)

1.4 Il contesto organizzativo del Servizio Sociale dei Comuni:
descrivere il funzionamento del coordinamento tecnico amministrativo dell'SSC, l'ufficio di piano e il suo funzionamento, la dotazione di risorse umane, il sistema informativo dell'SSC e i flussi informativi, i nessi procedurali tra Ente Gestore e i Comuni associati. (Organigramma e Funzionigramma)

1.5 Le forme di gestione dei servizi e le collaborazioni con i diversi soggetti del Terzo settore:
descrizione delle diverse forme gestionali e le modalità di esternalizzazione dei servizi, le collaborazioni e i rapporti tra Enti locali e i diversi soggetti del Terzo settore

1.6 L'integrazione sociosanitaria:
descrivere le modalità gestionali e professionali inerenti l'integrazione sociosanitaria, suddivise per area.

1.7 Il sistema delle regole:
testo del regolamento per l'accesso ai servizi e interventi, per la compartecipazione dell'utenza al costo dei servizi, eventuali forme sperimentali di accreditamento dei servizi e delle prestazioni, modalità di informazione alla collettività, ecc..

2. LE PROCEDURE ATTIVATE PER LA COSTRUZIONE DEL PDZ

2.1 Il percorso di concertazione e di programmazione partecipata:
aspetto processuale che rappresenta la fase di avvio dei PDZ.
Definizione della rete dei soggetti chiamati alla costruzione del PDZ e individuazione del ruolo di ogni singolo attore locale (è importante definire fin dall'inizio i soggetti in quanto entrano nel processo di pianificazione anche nella fase di lettura del contesto socio-economico, dei bisogni, dell'offerta ecc...)

2.2 Le iniziative informative:
definizione del programma delle iniziative di informazione/formazione interna ed esterna al sistema dei servizi, finalizzato alla conoscenza del processo pianificatorio del PDZ e con riferimento alla promozione della cultura della solidarietà e della partecipazione.

2.3 Le modalità di raccordo con altri servizi o settori della pubblica amministrazione:
evidenziare le iniziative e le modalità di raccordo finalizzate alla costruzione del PDZ

2.4 Le modalità di raccordo con i soggetti della comunità locale:
definizione dei criteri per l'identificazione dei soggetti rappresentativi della comunità locale e dei criteri per l'individuazione della rappresentanza degli stessi; modalità di coinvolgimento nei tavoli di lavoro.

3. IL QUADRO CONOSCITIVO DEL TERRITORIO

3.1 Le caratteristiche strutturali della popolazione e del contesto socio-economico:
descrizione dello scenario sociale, economico, culturale, demografico della realtà territoriale di riferimento.
Quadro conoscitivo per target di popolazione correlata alle aree di bisogno/intervento.
Le diverse tipologie di dati vanno descritte con la duplice finalità, di carattere ricognitivo (descrizione dello scenario esistente) e di carattere proiettivo (descrizione delle possibili linee di tendenza dei fenomeni rilevati e del loro impatto sul sistema dei servizi alla persona).

3.2 L'analisi dei bisogni e della domanda sociale:
la domanda (intesa come bisogno espresso) è rilevabile nelle forme in cui si manifesta presso i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, anche attraverso l'utilizzazione delle codifiche della diagnosi sociale contenute nella cartella sociale.
Il bisogno potenziale (bisogno non espresso): è rilevabile attraverso una lettura qualitativa dei dati in possesso e attraverso le relazioni con testimoni privilegiati della comunità.

3.3 L' analisi dell'offerta sociale:
sulla base di quanto rilevato con le schede regionali.

3.4 L'analisi dei punti di forza e dei punti di criticità del sistema complessivo di offerta:
valutazione qualitativa degli elementi di adeguatezza e non adeguatezza, di congruità e non congruità del sistema complessivo di offerta in relazione ai bisogni/domanda sociale.

3.5 Il quadro delle risorse economiche:
analisi della spesa storica (precedente all'avvio del PDZ) divisa per area, fonte di finanziamento e per tipologia di spesa (fattori produttivi: acquisto servizi, personale, spese generali di gestione, etc.) al fine di ricavare il budget economico per realizzare il PDZ.
Situazione al 31.12. 2004 (Schede di rilevazione della spesa storica).

4. LE PRIORITA' E GLI OBIETTIVI STRATEGICI DEL PIANO DI ZONA

4.1 Le priorità e gli obiettivi strategici per il governo del sistema:
gli obiettivi strategici devono essere correlati anche agli obiettivi di interesse regionale ed hanno come finalità l'adeguatezza della struttura organizzativa e gestionale ai compiti della pianificazione zonale.

4.2 Le priorità e gli obiettivi strategici nelle diverse aree d'intervento:
gli obiettivi strategici devono essere correlati anche agli obiettivi di interesse regionale previsti per i diversi ambiti tematici d'intervento.
Con riferimento a ciascuna area e per ogni obiettivo strategico vanno indicati gli **obiettivi specifici** di salute/benessere e/o di sistema.
Per ogni obiettivo specifico va indicato:
- se riguarda la dimensione della promozione/prevenzione o della cura /assistenza/tutela/inclusione sociale.
- se prevede l'integrazione sociosanitaria e a che livello
- se prevede l'integrazione con altre politiche sociali (lavoro, istruzione, educazione, casa, formazione, ecc.)

- se si tratta di obiettivi di sviluppo, consolidamento, riqualificazione o innovazione

5. I PROGETTI, I SERVIZI, GLI INTERVENTI NELLE SINGOLE AREE D'INTERVENTO

5.1 Area azioni di sistema
5.1.1 Scheda di sintesi di progetti, servizi, interventi, correlati agli obiettivi di piano
5.1.2. Schede progetto/servizio/intervento
5.2 Area minori e famiglia
5.2.1 Scheda di sintesi di progetti, servizi, interventi, correlati agli obiettivi di piano
5.2.2 Schede progetto/servizio/intervento
5.3 Area anziani
5.3.1 Scheda di sintesi di progetti, servizi, interventi, correlati agli obiettivi di piano
5.3.2 Schede progetto/servizio/intervento
5.4 Area disabili
5.4.1 Scheda di sintesi di progetti, servizi, interventi, correlati agli obiettivi di piano
5.4.2 Schede progetto/servizio/intervento
5.5 Area dipendenze e salute mentale
5.5.1 Scheda di sintesi di progetti, servizi, interventi, correlati agli obiettivi di piano
5.5.2 Schede progetto/servizio/intervento
5.6 Area disagio e marginalità sociale
5.6.1 Scheda di sintesi di progetti, servizi, interventi, correlati agli obiettivi di piano
5.6.2 Schede progetto/servizio/intervento

6. IL MONITORAGGIO, LA VERIFICA E LA VALUTAZIONE DEL PIANO DI ZONA E DEI PROGETTI/SERVIZI/INTERVENTI

Le azioni di monitoraggio, verifica e valutazione devono essere coerenti con quanto previsto dal documento linee guida

7. IL PIANO FINANZIARIO

Previsione di spesa, divisa per area, fonte di finanziamento e per tipologia di spesa (fattori produttivi: acquisto servizi, personale, spese generali di gestione, etc.) al fine di definire il budget economico necessario per la realizzazione del PDZ.
(Schede finanziarie del piano di zona).

ALLEGATI

1. Convenzione
2. Accordo di programma
   Protocolli con Organismi del terzo settore

Allegato n. 2

SCHEDE PROGETTO/SERVIZIO/INTERVENTO:

- **SCHEDA 1) Sintesi dei Progetti/Servizi/Interventi**
- **SCHEDA 2) Per la realizzazione di azioni prioritarie di sistema**
- **SCHEDA 3) Per la realizzazione di azioni nelle aree d'intervento**

Per **progetto** si intende qualsiasi azione volta al perseguimento di obiettivi di significativo sviluppo innovativo, con riferimento sia agli interventi abituali e ordinari, sia ai nuovi interventi che assumono caratteristiche di progetti temporalmente definiti.

Per **servizio** si intende un'unità organizzativa con relativa sede, con personale dedicato e un target di utenza definito.

Per **intervento** si intende qualsiasi azione volta al perseguimento di obiettivi di mantenimento, miglioramento o implementazione relativamente allo stato di fatto degli interventi ordinari

SCHEDA 1)

SCHEDA DI SINTESI DEI PROGETTI/SERVIZI/INTERVENTI PREVISTI DAL PIANO DI ZONA

AREA: ______________________________

Costo totale P/S/I di Area

RIEPILOGO DI TUTTI I PROGETTI/SERVIZI/INTERVENTI NELLA SPECIFICA AREA D' INTERVENTO.

Num. P/S/I	Titolo	Rif. Obiettivi strategici di piano	Costo P/S/I

SCHEDA 2)

REALIZZAZIONE DI AZIONI PRIORITARIE DI SISTEMA PREVISTE DAGLI OBIETTIVI 1 E 2 DELLE LINEE GUIDA DEI PDZ

PROGETTO	☐
SERVIZIO	☐
INTERVENTO	☐

Num. progressivo: ☐

Titolo del progetto/servizio/intervento:
Descrizione sintetica:

Indicare a quale **azione prioritaria di sistema**, prevista negli obiettivi 1 e 2 delle linee guida, fa riferimento il progetto/servizio/intervento

Sistema informativo	☐
Regolamenti unici di accesso e tariffe omogenee dei servizi	☐
Ufficio di piano	☐
Comunicazione e informazione sociale con la comunità	☐
Attività formativa	☐
Altro_________________________________	☐

Tipologia del progetto/servizio/intervento

Mantenimento	☐
Implementazione	☐
Nuovo	☐
Altro (specificare):…………..	☐

Contesto di integrazione delle politiche (descrivere)

Soggetti coinvolti nella progettazione
Indicare i soggetti pubblici e privati che sono stati coinvolti nella progettazione del progetto/servizio/intervento

SOGGETTI:	NUMERO
Ente gestore di Ambito Socio-Assistenziale	
Comune/i	
Provincia	
Azienda per i servizi sanitari	
Scuola	
Ministero della Giustizia	
Questura / Prefettura	

SOGGETTI:	NUMERO
Ufficio Tutore minori	
Altri enti pubblici (descrivere)_______________	
Istituzioni religiose	
Cooperazione sociale	
Associazioni di volontariato sociale	
Associazioni sportive culturali	
Privati (liberi professionisti, consulenti, istituti, ecc.)	
Altro (descrivere)_______________	

OBIETTIVI :
Esplicitare gli obiettivi perseguiti con il progetto/servizio/intervento

N. obiettivo:	Descrizione obiettivo:

AZIONI:
Descrizione delle azioni da intraprendere per la realizzazione degli obiettivi di cui sopra:

N. obiettivo	Descrizione azioni:	Soggetti esecutori	Modalità di affidamento incarico ai soggetti esecutori	Costo presunto

TEMPI di realizzazione del progetto/servizio/intervento:

num. mesi	

data inizio:	data conclusione:

INDICATORI

Indicatori di input	Indicatori di percorso	Indicatori di risultato	Indicatori di impatto

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE (processi e risultati):

Metodi e strumenti di monitoraggio delle azioni per la durata del progetto/servizio/intervento

Metodologia:
Strumenti:

Metodi e soggetti della valutazione

Metodologia di valutazione dei processi e dei risultati finali:
Momenti e fasi di valutazione:
Coinvolgimento destinatari/fruitori, beneficiari finali degli interventi nella valutazione della qualità

percepita
Soggetti della valutazione/indicazione valutatori:

ENTE RESPONSABILE DEL PROGETTO/SERVIZIO/INTERVENTO:

Denominazione:
Natura giuridica:
Indirizzo:
Recapito telefonico, fax, E-mail:

PERSONA RESPONSABILE DEL PROGETTO/SERVIZIO/INTERVENTO:

Nominativo
Ente di appartenenza:
Titolo professionale:
Recapito telefonico, fax, E-mail:

RISORSE FINANZIARIE PREVISTE DAL PROGETTO/SERVIZIO/INTERVENTO

Costo globale del progetto /servizio/intervento:

Totale Euro:	

FONTI DI FINANZIAMENTO:	**I ANNO**	**II ANNO**	**III ANNO**	**TOTALE**
Fondo sociale nazionale L.328/2000				
Fondo sociale regionale:				
Altri Fondi Regionali: specificare la legge/fonte di riferimento				
Fondi bilancio ASS				
Fondi Comuni				
Contributo utenza				
Altri fondi eventuali: specificare la fonte di riferimento				
TOTALE				

SCHEDA 3)

REALIZZAZIONE DI AZIONI NELLE AREE DI INTERVENTO PREVISTE DALL'OBIETTIVO 3 DELLE LINEE GUIDA DEI PDZ

PROGETTO	☐
SERVIZIO	☐
INTERVENTO	☐

Num. progressivo: ☐

Titolo del progetto/servizio/intervento:
Descrizione sintetica:

Indicare a quale **AREA D'INTERVENTO**, prevista nell'obiettivo 3 delle linee guida, fa riferimento il progetto/servizio/intervento

Minori e famiglia	☐
Anziani	☐
Disabili	☐
Dipendenze e salute mentale	☐
Disagio e marginalità sociale	☐
Altro ______________________________	☐

Indicare i **DESTINATARI** a cui è diretto il progetto/servizio/intervento:

Tipologia:	Numero

Caratteristiche del progetto/servizio/intervento:

Promozione	☐
Prevenzione	☐
Cura	☐
Tutela	☐
Inclusione sociale	☐

Tipologia del progetto/servizio/intervento:

Mantenimento	☐
Implementazione	☐
Nuovo	☐
Altro (specificare):.............	☐

Settore di integrazione delle politiche

Sociosanitario	☐
Socioeducativo	☐
Casa	☐
Lavoro	☐
Altro (Specificare)________	☐

Soggetti coinvolti nella progettazione

Indicare i soggetti pubblici e privati che sono stati coinvolti nella progettazione del progetto/servizio/intervento

SOGGETTI:	NUMERO
Ente gestore di Ambito Socio-Assistenziale	
Comune/i	
Provincia	
Azienda per i servizi sanitari	
Scuola	
Ministero della Giustizia	
Questura / Prefettura	
Ufficio Tutore minori	
Altri enti pubblici (descrivere)________________	
Istituzioni religiose	
Cooperazione sociale	
Associazioni di volontariato sociale	
Associazioni sportive culturali	
Genitori/famiglie	
Privati (liberi professionisti, consulenti, istituti, ecc.)	
Altri soggetti privati (descrivere)________________	

Area territoriale d'intervento:

Descrivere:

OBIETTIVI :

Esplicitare gli obiettivi perseguiti con il progetto/servizio/intervento

N. obiettivo:	Descrizione obiettivo:

AZIONI:

Descrizione delle azioni da intraprendere per la realizzazione degli obiettivi di cui sopra:

N. obiettivo:	Descrizione azioni:	Soggetti esecutori	Modalità di affidamento incarico ai soggetti esecutori	Costo presunto

TEMPI di realizzazione del progetto/servizio/intervento:

num. mesi	

data inizio:	data conclusione:

INDICATORI

Indicatori di input	Indicatori di percorso	Indicatori di risultato	Indicatori di impatto

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE (processi e risultati):

Metodi e strumenti di monitoraggio delle azioni per la durata del progetto/servizio/intervento

Metodologia:
Strumenti:

Metodi e soggetti della valutazione

Metodologia di valutazione dei processi e dei risultati finali:
Momenti e fasi di valutazione:
Coinvolgimento destinatari/fruitori, beneficiari finali degli interventi nella valutazione della qualità percepita
Soggetti della valutazione/indicazione valutatori:

ENTE RESPONSABILE DEL PROGETTO/SERVIZIO/INTERVENTO:

Denominazione:
Natura giuridica:
Indirizzo:
Recapito telefonico, fax, E-mail:

PERSONA RESPONSABILE DEL PROGETTO/SERVIZIO/INTERVENTO:

Nominativo
Ente di appartenenza:
Titolo professionale:
Recapito telefonico, fax, E-mail:

RISORSE FINANZIARIE PREVISTE DAL PROGETTO/SERVIZIO/INTERVENTO

COSTO globale del progetto /servizio/intervento:

Totale Euro:	

FONTI di finanziamento:	I ANNO	II ANNO	III ANNO	TOTALE
Fondo sociale nazionale L.328/2000				
Fondo sociale regionale:				
Altri Fondi Regionali: specificare la legge/fonte di riferimento				
Fondi bilancio ASS				
Fondi Comuni				
Contributo utenza				
Altri fondi eventuali: specificare la fonte di riferimento				
TOTALE:				

Allegato n. 3

SCHEDE FINANZIARIE DEL PIANO DI ZONA

SCHEDA 1)

Riepilogo di spesa dei progetti/servizi/interventi nelle diverse aree d'intervento, per singola annualità e relative fonti di finanziamento.

SCHEDA 2)

Copertura finanziaria generale per area, fonti di finanziamento ed annualita'.

SCHEDA 3)

Riepilogo spesa per area e voci di costo

SCHEDA 1)

PIANO DI ZONA L. 328/00

RIEPILOGO DI SPESA DEI PROGETTI/SERVIZI/INTERVENTI NELLE DIVERSE AREE D'INTERVENTO, PER SINGOLA ANNUALITÀ E RELATIVE FONTI DI FINANZIAMENTO

AREA____________________ ANNUALITA'__________

AMBITO:

NUM.	PROGETTO/SERVIZIO/INTERVENTO	FONDO NAZ L. 328/00	FONDO SOCIALE REGIONALE	ALTRI FONDI REGIONALI	FONDI PROVINCIALI	FONDI COMUNALI	FONDI ASS	CONTRIBUTI UTENZA	ALTRI FONDI	TOTALE
TOTALE										

SCHEDA 2)

PIANO DI ZONA L. 328/00

COPERTURA FINANZIARIA GENERALE PER AREA, FONTI DI FINANZIAMENTO ED ANNUALITÀ

AMBITO:

AREE/ANNUALITA'	FONDO SOCIALE NAZIONALE L. 328/00	FONDO SOCIALE REGIONALE	ALTRI FONDI REGIONALI	FONDI PROVINCIALI	FONDI COMUNALI	FONDI ASS	CONTRIBUTI UTENZA	ALTRI FONDI	TOTALE COPERTURA FINANZIARIA
AREA________									
I° ANNO									
II° ANNO									
III° ANNO									
TOTALE									
AREA________									
I° ANNO									
II° ANNO									
III° ANNO									
TOTALE									
AREA________									
I° ANNO									
II° ANNO									
III° ANNO									
TOTALE									
....									
TOTALE									

SCHEDA 3)

PIANO DI ZONA L. 328/00

RIEPILOGO DI SPESA PER AREA E VOCI DI COSTO

AMBITO:

AREE	PERSONALE DIPENDENTE	SPESE GENERALI	ACQUISTO SERVIZI	CONVENZIONI	CONTRIBUTI	TOTALE AREA
AZIONI DI SISTEMA						
MINORI E FAMIGLIA						
ANZIANI						
DISABILI						
DIPENDENZE E SALUTE MENTALE						
DISAGIO E MARGINALITA' SOCIALE						
ALTRE AREE_______						
TOTALE VOCE DI COSTO						

Legenda voci di costo

Personale dipendente: spese fisse e variabili, vacanza contrattuale ecc

Spese generali: acquisto prodotti sanitari , acquisto prodotti non sanitari,acquisto beni ammortizzabili,manutenzioni,affitti,utenze,imposte-tasse,assicurazioni automezzi,spese varie...

Acquisto servizi: ad es. appalti per gestione SAD,sostegno educativo ecc.

Convenzioni: rette comunità residenziali e semiconvitti minori,convenzioni con professionisti

Contributi :ad es. assegni ex art,23,borse lavoro,affidi ,sussidi finalizzati ecc

Allegato n. 4

SCHEDE DI RILEVAZIONE DELLA SPESA STORICA

(Consolidato anno 2004)

SCHEDA 1)
Riepilogo di spesa per area e fonti di finanziamento.

SCHEDA 2)
Riepilogo di spesa per area e voci di costo

SCHEDA 1)

RIEPILOGO DI SPESA PER AREA E FONTI DI FINANZIAMENTO

(Consolidato anno 2004)

AMBITO:

AREE	FONDO SOCIALE NAZIONALE L. 328/00	FONDO SOCIALE REGIONALE	ALTRI FONDI REGIONALI	FONDI PROVINCIALI	FONDI COMUNALI	FONDI ASS	CONTRIBUTI UTENZA	ALTRI FONDI	TOTALE COPERTURA FINANZIARIA
AZIONI DI SISTEMA									-
MINORI E FAMIGLIA									-
ANZIANI									-
DISABILI									-
DIPENDENZE E SALUTE MENTALE									-
DISAGIO E MARGINALITA' SOCIALE									-
ALTRE AREE____									-
TOTALE	-	-	-	-	-	-	-	-	-

SCHEDA 2)

RIEPILOGO DI SPESA PER AREA E VOCI DI COSTO

(Consolidato anno 2004)

AMBITO:

AREE	PERSONALE DIPENDENTE	SPESE GENERALI	ACQUISTO SERVIZI	CONVENZIONI	CONTRIBUTI	TOTALE AREA
AZIONI DI SISTEMA						-
MINORI E FAMIGLIA						-
ANZIANI						-
DISABILI						-
DIPENDENZE E SALUTE MENTALE						-
DISAGIO E MARGINALITA' SOCIALE						-
ALTRE AREE_______						-
TOTALE VOCE DI COSTO	-	-	-	-	-	-

Legenda voci di costo

Personale dipendente: spese fisse e variabili, vacanza contrattuale ecc.
Spese generali: acquisto prodotti sanitari , acquisto prodotti non sanitari,acquisto beni ammortizzabili,manutenzioni,affitti,utenze,imposte-tasse,assicurazioni automezzi,spese varie...
Acquisto servizi: ad es. appalti per gestione SAD,sostegno educativo ecc.
Convenzioni: rette comunità residenziali e semiconvitti minori,convenzioni con professionisti
Contributi :ad es. assegni ex art,23,borse lavoro,affidi ,sussidi finalizzati ecc.

VISTO: IL PRESIDENTE: ILLY

VISTO: IL SEGRETARIO GENERALE: BELLAROSA

BOLLETTINO UFFICIALE
DELLA REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
— PARTE I - II - III —
[fascicolo unico]

DIREZIONE E REDAZIONE (pubblicazione testi)

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
SERVIZIO AFFARI DELLA PRESIDENZA
Via Carducci, 6 - 34133 Trieste
Tel. 040-377.3607 Fax 040-377.3554
e-mail: ufficio.bur@regione.fvg.it

AMMINISTRAZIONE (abbonamenti, fascicoli, spese di pubblicazione)

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
SERVIZIO PROVVEDITORATO
Corso Cavour, 1 - 34132 Trieste
Tel. 040-377.2037 Fax 040-377.2383
e-mail: s.provveditorato.bur@regione.fvg.it

PUNTI VENDITA FASCICOLI FUORI ABBONAMENTO

ANNATA CORRENTE

- Tipografia GRAFICA VENETA S.p.A.
  Via Padova, 2 — TREBASELEGHE (PD)
- LIBRERIA ITALO SVEVO
  Corso Italia, 9/f - Galleria Rossoni — TRIESTE
- LA GOLIARDICA EDITRICE S.r.l.
  Via SS. Martiri, 18 — TRIESTE
- CARTOLIBRERIA ANTONINI
  Via Mazzini, 16 — GORIZIA
- LIBRERIA AL SEGNO
  Vicolo del Forno, 12 — PORDENONE
- MARIMAR S.r.l.
  CARTOLERIA A. BENEDETTI
  Vicolo Gorgo, 8 — UDINE

ANNATE PRECEDENTI

- dal 1964 al 31.12.2003 rivolgersi alla REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
  SERVIZIO PROVVEDITORATO
  Corso Cavour, 1 - TRIESTE
  Tel. 040-377.2037 Fax 040-377.2383
- dall'1.1.2004 rivolgersi alla Tipografia GRAFICA VENETA S.p.A.
  Via Padova, 2 - TREBASELEGHE (PD)
  Tel. 049-938.57.00

PREZZI E CONDIZIONI
in vigore dal 1º febbraio 2004
ai sensi della Delibera G.R. n. 106/2004

ABBONAMENTI

Durata dell'abbonamento	**12 mesi**
Canone annuo INDIVISIBILE – destinazione ITALIA	**Euro 75,00**
Canone annuo INDIVISIBILE – destinazione ESTERO	**PREZZO RADDOPPIATO**
Riduzione a favore delle ditte commissionarie (rispetto la tariffa prevista)	**30%**

- L'attivazione ed il rinnovo dell'abbonamento avverrà previo invio dell'attestazione o copia della ricevuta del versamento alla REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA - SERVIZIO PROVVEDITORATO - CORSO CAVOUR, 1 - 34132 TRIESTE - FAX 040-377.2383.
- Di norma l'abbonamento sarà attivato o riattivato (in caso di sospensione d'ufficio dell'abbonamento), dal primo numero del mese successivo alla data del versamento del canone. Nel caso in cui fattori contingenti non consentissero l'attivazione dell'abbonamento nel rispetto di tali condizioni, all'abbonato saranno spediti i fascicoli arretrati di diritto (fatta salva diversa specifica richiesta da parte dell'abbonato stesso).
- Al fine di evitare la sospensione d'ufficio dell'abbonamento, si consiglia di inoltrare ENTRO DUE MESI dalla data della scadenza la comprova del pagamento del canone di rinnovo al SERVIZIO PROVVEDITORATO. Superato tale termine, ed in mancanza del riscontro del versamento effettuato, l'abbonamento sarà sospeso d'ufficio.
- Eventuali fascicoli non pervenuti nel corso della validità dell'abbonamento, saranno inviati GRATUITAMENTE se segnalati – per iscritto – al SERVIZIO PROVVEDITORATO entro NOVANTA GIORNI dalla data di pubblicazione. Superato detto termine, i fascicoli saranno forniti A PAGAMENTO rivolgendo la richiesta direttamente alla tipografia.
- L'eventuale disdetta dell'abbonamento dovrà essere comunicata – per iscritto e SESSANTA GIORNI prima della sua scadenza al SERVIZIO PROVVEDITORATO.

FASCICOLI

- COSTO UNITARIO FASCICOLO - anno corrente - destinazione ITALIA

– Fino a 200 pagine	**Euro 2,50**	– Da 601 pagine a 800 pagine	**Euro 10,00**
– Da 201 pagine a 400 pagine	**Euro 3,50**	– Superiore a 800 pagine	**Euro 15,00**
– Da 401 pagine a 600 pagine	**Euro 5,00**		

- COSTO UNITARIO FASCICOLO - anni pregressi - destinazione ITALIA - "A FORFAIT" (spese spedizione incl.) **Euro 6,00**
- COSTO UNITARIO FASCICOLO - anno corrente - ed anni pregressi - destinazione ESTERO **PREZZO RADDOPPIATO**
- I numeri esauriti saranno riprodotti in copia e venduti allo stesso prezzo del fascicolo originale.

AVVISI ED INSERZIONI

- I testi da pubblicare vanno inoltrati con opportuna lettera di accompagnamento, esclusivamente alla REDAZIONE DEL BOLLETTINO UFFICIALE presso il SERVIZIO AFFARI DELLA PRESIDENZA - VIA CARDUCCI, 6 - 34131 TRIESTE. Gli stessi dovranno essere dattiloscritti e bollati a norma di legge nei casi previsti, **possibilmente accompagnati da floppy, CD oppure con contestuale invio per e-mail.**

COSTI DI PUBBLICAZIONE

- Il costo complessivo della pubblicazione di avvisi, inserzioni, ecc. è calcolato dal SERVIZIO PROVVEDITORATO che provvederà ad emettere la relativa fattura a pubblicazione avvenuta sul B.U.R.
- Le sotto riportate tariffe sono applicate per ogni centimetro di spazio verticale (arrotondato per eccesso) occupato dal testo stampato sul B.U.R. e compreso tra le linee divisorie di inizio/fine avviso (NOTE: lo spazio verticale di una facciata B.U.R. corrisponde a max 24 cm.):

Euro 6,00	I.V.A. inclusa	**pubblicazione avvisi, inserzioni, ecc.**
Euro 3,00	I.V.A. inclusa	**pubblicazione Statuti** da parte delle Province e da parte dei Comuni con una densità di popolazione **superiore** ai 5.000 abitanti.
Euro 1,50	I.V.A. inclusa	**pubblicazione Statuti** da parte dei Comuni con una densità di popolazione **inferiore** ai 5.000 abitanti.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

I pagamenti del canone di abbonamento, delle spese di acquisto dei fascicoli B.U.R. fuori abbonamento (archivio REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA) e le spese di pubblicazione degli avvisi, inserzioni, ecc. dovranno essere effettuati mediante versamento del corrispettivo importo sul c/c postale n. 238345 intestato alla UNICREDIT BANCA S.p.A. - TESORERIA DELLA REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA - Via Mercadante n. 1 - Trieste, con l'indicazione **obbligatoria** della causale del pagamento.

GUIDO BAGGI - Direttore responsabile
EMANUELA ZACUTTI - Responsabile di redazione
Iscrizione nel Registro del Tribunale di Trieste n. 818 del 3 luglio 1991
GRAFICA VENETA S.p.A. - Trebaseleghe (PD)